anno XXIX
numero 2
2018

TORINO MEDICA

comunicazione
informazione
formazione

LA RIVISTA DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI TORINO

I 40 anni del Sistema Sanitario Nazionale

FOCUS
SISTEMI SANITARI NEL MONDO

Europa, Usa, Canada, America latina, ex-paesi sovietici

L'ATTIVITÀ DI EMERGENCY E CCM

Survey sulla appropriatezza

"Dottore, ma è vero che...?"

Cao: Intervista a Gianluigi D'Agostino

SGI.TO.IT

Obiettivo DETOX

Per depurarsi e rimettersi in forma, scegliete la cura di bellezza più naturale ed equilibrata per il vostro organismo: acqua Lauretana è perfetta per eliminare le tossine accumulate, facilitare i processi digestivi e ritrovare leggerezza.

	residuo fisso in mg/l	sodio in mg/l	durezza in °F
Lauretana	14	1.0	0.55
Monte Rosa	16.4	1.2	0.54
Sant'Anna di Vinadio	22	1.5	0.9
S.Bernardo Rocciaviva	34.5	0.8	2.5
Voss	44	6	N.D.
Levissima	80	1.9	5.8
Acqua Panna	139	6.4	10.6
Fiuggi	145	6.3	9
Rocchetta	174.1	4.13	N.D.
Fiji	224	18	N.D.
Evian	309	6.5	N.D.
San Benedetto Primavera	313	4.1	N.D.
Vitasnella	396	3.4	N.D.

Il residuo fisso, il sodio e la durezza di alcune note acque oligominerali (residuo fisso <500 mg/l) commercializzate nel territorio nazionale come rilevato da Beverfood 2017-2018.

LAURETANA®

L'acqua più leggera d'Europa

consigliata a chi si vuole bene

#benessere
www.lauretana.com

Sommario
numero 2_2018

La Rivista è inviata a tutti gli iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Torino e provincia e a tutti i Consiglieri degli Ordini d'Italia.

4 editoriale
Il Sistema Sanitario Nazionale: un giovanotto di quarant'anni
Mario Nejrotti

8 focus_sistemi sanitari nel mondo
Cara America malata
a cura di Chiara Rivetti

12 Un viaggio nei sistemi sanitari
a cura de Il Pensiero Scientifico

22 L'eclissi del diritto alla salute: intervista a Gavino Maciocco
a cura di Laura Tonon

26 L'universalità declinata all'accesso. Intervista a Gilberto Turati
a cura di Laura Tonon

28 Da 50 anni curiamo chi cura
a cura di Marilena Bertini – CCM

30 Garantire il diritto alla cura tra conflitti e povertà
Ufficio stampa di Emergency

34 Il rapporto medico-paziente nella medicina generale europea. Intervista ad Aldo Lupo
a cura dello staff comunicazione Uemo

36 spazio odontoiatri
Commissione Albo Odontoiatri. Intervista a Gianluigi D'Agostino
a cura di Patrizia Biancucci

39 la buona pratica
L'appropiatezza si può definire per legge?
A. Castiglione, G. Ciccone, M. Alesina, O. Davini

43 salute
I grandi progressi nella diagnosi e nella terapia del carcinoma della prostata
Prof. Dario Fontana

46 dalle associazioni
L'autismo e l'attività associativa che ne tutela i diritti
a cura di Sara Boggio

50 le nostre radici
Il salasso
Giuliano Maggi

52 Dottore ma è vero che...? Il sito per un'informazione scientifica accreditata
a cura di Rosa Revellino

62 Prestito d'onore

Per l'invio di proposte, contributi, segnalazioni e per informazioni è possibile scrivere alla redazione all'indirizzo: redazioneomceotorino@gmail.com

Direzione, Redazione,
Corso Francia 8
10143 Torino
Tel. 011 58151.11 r.a.
Fax 011 505323
torino.medica@omceo.to.it
www.omceo.to.it

Presidente
Guido GIUSTETTO

Vice Presidente
Guido REGIS

Segretaria
Rosella ZERBI

Tesoriere
Chiara RIVETTI

Consiglieri
Maria Antonella ARRAS
Domenico BERTERO
Tiziana BORSATTI
Emilio CHIODO
Riccardo FALETTI
Carlo FRANCO
Ivana GARIONE
Fernando MUIÀ
Aldo MOZZONE
Renato TURRA
Roberto VENESIA
Patrizia BIANCUCCI (Od.)
Vincenzo Michele CRUPI (Od.)
Gianluigi D'AGOSTINO (Od.)

Commissione Odontoiatri
Gianluigi D'AGOSTINO
Presidente
Patrizia BIANCUCCI
Claudio BRUCCO
Vincenzo Michele CRUPI
Bartolomeo GRIFFA

Revisori dei Conti
Riccardo FALCETTA
Presidente
Daniela Angela DELLAPIANA
Angelica SALVADORI
Sebastiano ROSA Supplente

TORINO MEDICA
Direttore:
Guido Giustetto

Direttore responsabile:
Mario Nejrotti

Coordinamento redazionale:
Rosa Revellino

Redazione:
Sara Boggio, Luca Nejrotti, Laura Tonon (Pensiero Scientifico Editore)

Aut. del Tribunale di Torino n. 793 del 12-01-1953

Per spazi pubblicitari: SGI Srl Via Pomaro 3 - 10136 Torino
Tel. 011 359908 / 3290702 - Fax 011 3290679 - e-mail: info@sgi.to.it - www.sgi.to.it
Grafica e Design SGI Srl
Stampa La Terra Promessa Onlus NOVARA

Chiuso in redazione il 27-04-2018

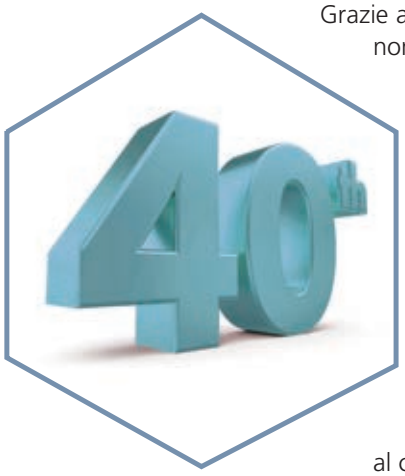
Il Sistema Sanitario Nazionale (SSN): un giovanotto di quarant'anni

di Mario Nejrotti
Direttore di Torino Medica

Nel Focus di questo numero parleremo di sistema sanitario nazionale e di sistemi sanitari: universalistici e privatistici. Cercheremo di capire che cosa capita dentro e fuori dal nostro continente nella gestione della salute.
Ci faremo raccontare da Emergency come vedono loro l'organizzazione sanitaria in Paesi emergenti e anche in Italia e quali carenze ritengono di coprire, insieme a molte altre realtà del volontariato sanitario.
Per parafrasare una frase famosa diremo "Beato quel Paese che non ha bisogno di volontari!", perché lo Stato, gli operatori dei vari settori e le scelte dei cittadini li rendono superflui. Ma fino ad allora siano ringraziati e sostenuti per il loro impegno e per la loro passione.

QUEST'ANNO IL SSN COMPIE 40 ANNI

Dal 1978 ad oggi il mondo è cambiato, ma la nascita del nostro Sistema Sanitario Nazionale continua a segnare una tappa rilevante nel progresso sociale e rappresenta la migliore interpretazione di un altro nostro capolavoro legislativo, scritto nell'Articolo 32 della nostra Costituzione, che recita "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività". È stato voluto da Tina Anselmi, primo Ministro della Salute donna; ed è stato pensato come servizio di garanzia delle cure e dell'equilibrio sociale.



Grazie ad esso è stato possibile contenere al minimo la mortalità infantile e materna, nonché aumentare le aspettative di vita nell'intera nazione.

Funziona, non funziona, deve essere riformato, deve aprirsi ai capitali privati, deve essere sostenuto da una sanità integrativa? Quanto è ammissibile che il cittadino spenda di tasca sua al di fuori dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)? E questi ultimi oggi sono adeguati ai bisogni reali di salute? Intorno a queste e altre domande si accende da anni un dibattito, che scaturisce dalle scelte politiche di governi di diverso colore, se si può ancora dire così al giorno d'oggi. Essi sembrano divisi su tutte le scelte, ma uniformi nei tagli che riguardano le risorse per la Sanità. Come si legge nelle allarmate pagine di "Infermieristicamente", lo stanziamento scenderà, secondo i calcoli riportati, al 6,3% del PIL nazionale; ora è circa all'8%. Negli USA è il 17,3%, come riportato nell'articolo di Chiara Rivetti sul sistema statunitense. L'esiguità delle risorse porterebbe, secondo il giornale, al crollo delle prestazioni e al minimo storico del personale in servizio.

Contrastano con questa visione pessimistica statistiche di livello europeo e addirittura mondiale che ci vogliono ancora ai primi posti come sistema sia per qualità, sia per accessibilità, e come congrua spesa.

La nascita del nostro Sistema Sanitario Nazionale continua a segnare una tappa rilevante nel progresso sociale e rappresenta la migliore interpretazione di un altro nostro capolavoro legislativo, scritto nell'Articolo 32 della nostra Costituzione, che recita "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività"

LE STATISTICHE SONO LO SPECCHIO DELLA REALTÀ?

Nel 2016 Bloomberg, nella sua classifica annuale, piazzava il nostro SSN al secondo posto, solo dietro Singapore e addirittura al primo posto tra i sistemi sanitari in Europa. Bloomberg ha incrociato dati provenienti dalle Nazioni Unite, dalla Banca Mondiale e dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. I parametri messi sotto la lente di ingrandimento sono stati il tasso di mortalità, il numero dei fumatori, la percentuale delle vaccinazioni, l'aspettativa di vita, l'efficienza sanitaria in generale, la soddisfazione della popolazione ad essa legata, e la percentuale di cittadini che godono dell'assistenza sanitaria.

Tutto bene quindi? Certamente no, non fosse altro che per la distribuzione assolutamente disomogenea dei servizi tra le regioni.

Altre statistiche, infatti, ci pongono in posizioni molto diverse, come si può leggere in un bell'articolo di «Quotidiano Sanità» del maggio 2016, che in base anche ai dati dell'Euro Health Consumer Index, oggi, nel 2018, ci pone al 32° posto, ben lontani dal secondo di Bloomberg e appena sopra la Colombia. Unica consolazione, ma che un po' fa riflettere sull'attendibilità concreta delle statistiche, è che Singapore precipita al 27°, dal primo posto assoluto.

La situazione resta confusa tra eccellenze e sacche di disorganizzazione.

Comunque per misurare la potenzialità del SSN e quindi la grande responsabilità dei decisori, si possono rileggere le prestazioni a cui hanno diritto i cittadini sulla carta, in maniera diretta e gratuita e che lo Stato ha l'obbligo di offrire.

CHE COSA OFFRE E A CHI IL SSN

In un'indagine del 26 Aprile 2017 di Altro Consumo si possono scorrere le prestazioni offerte e chi le può ricevere (per la trattazione completa si rimanda al link presente in sitografia).

L'iscrizione all'SSN è obbligatoria per i cittadini italiani e stranieri residenti in Italia, in regola con il permesso di soggiorno. I bambini nati in Italia devono essere iscritti e acquisiscono il diritto all'assistenza.

Possono inoltre essere iscritti al SSN: pensionati italiani residenti all'estero; familiari a carico di un lavoratore occupato in Italia; cittadini appartenenti alla comunità Europea temporaneamente in Italia o residenti in Italia; cittadini stranieri non appartenenti a Paesi convenzionati, con permesso di soggiorno o senza permesso di soggiorno.

Quali diritti fondamentali hanno tutti questi cittadini?

Essi possono usufruire di servizi di prevenzione, diagnosi e cura sia sul territorio, sia in regime di ricovero.

In particolare i servizi a disposizione del cittadino sono i seguenti.

Assistenza primaria (medico di famiglia o pediatra di libera scelta) con continuità assistenziale, cioè erogata in caso di necessità anche da servizi di urgenza sul territorio o da figure mediche sostitutive dei medici di cure primarie.

Inoltre hanno diritto di accedere, su prescrizione del medico delle cure primarie, a visite specialistiche, analisi di laboratorio, esami diagnostici.

Tali prestazioni debbono essere garantite attraverso il sistema pubblico, privato accreditato o convenzionato.

In caso di necessità il cittadino può usufruire in maniera programmata o con modalità di urgenza del sistema ospedaliero.

Per quanto riguarda le cure, il cittadino ha il diritto su tutto il territorio nazionale all'accesso ai farmaci, attraverso le prescrizioni dei medici sul ricettario regionale.

LA FILOSOFIA GENERALE DEI LEA

Tutte queste prestazioni, che debbono essere erogate attraverso l'organizzazione regionale, soggiacciono alle decisioni del governo centrale per quanto riguarda i LEA.
Il loro concetto ispiratore resta il binomio "efficacia e solidarietà".
Essi, quindi, individuano prestazioni considerate essenziali, efficaci e garantite a tutti gli aventi diritto.
Essi si esplicano su **tre livelli di assistenza sanitaria**.

Collettiva: in ambiente di vita e di lavoro, che comprende tutte le attività di prevenzione rivolte alle collettività (tutela dagli effetti dell'inquinamento, dai rischi infortunistici negli ambienti di lavoro, sanità veterinaria, tutela degli alimenti, profilassi delle malattie infettive, vaccinazioni e programmi di diagnosi precoce, medicina legale).

Individuale di territorio: medicina primaria, che ricordiamo copre tra il 70 e l'80% dei bisogni di salute, assistenza farmaceutica, medicina specialistica e diagnostica ambulatoriale, fornitura di protesi ai disabili, servizi domiciliari agli anziani e ai malati gravi, consultori familiari, servizi per la salute mentale, di riabilitazione per i disabili, servizi per i tossicodipendenti, strutture semiresidenziali e residenziali (residenze per gli anziani e i disabili, centri diurni, case famiglia e comunità terapeutiche).

Individuale ospedaliera: in pronto soccorso, in ricovero ordinario, in day hospital e day surgery, in strutture per la lungodegenza e la riabilitazione.
Tutte queste prestazioni possono essere erogate in forma totalmente gratuita o con una compartecipazione del cittadino legata al reddito.

Per misurare la potenzialità del SSN e quindi la grande responsabilità dei decisori, si possono rileggere le prestazioni a cui hanno diritto i cittadini sulla carta, in maniera diretta e gratuita e che lo Stato ha l'obbligo di offrire

PUÒ FUNZIONARE?

La qualità e l'efficienza di questo immensa mole di prestazioni dipendono dalle risorse impiegate, in termini finanziari, di strutture, di tecnologia, di personale, di informazione ed educazione dei cittadini e infine dalla capacità di governare il sistema nel suo insieme. L'impalcatura del SSN, nonostante l'età, appare buona e giustifica l'ammirazione che desta nel mondo. La qualità effettiva e la capacità di gestione dipendono dalle decisioni politiche, dalla motivazione e dalla preparazione degli operatori e dalla maturità dei cittadini, dal superamento delle diseguaglianze. Variabili tutte indispensabili, ma difficili da armonizzare.

Sitografia

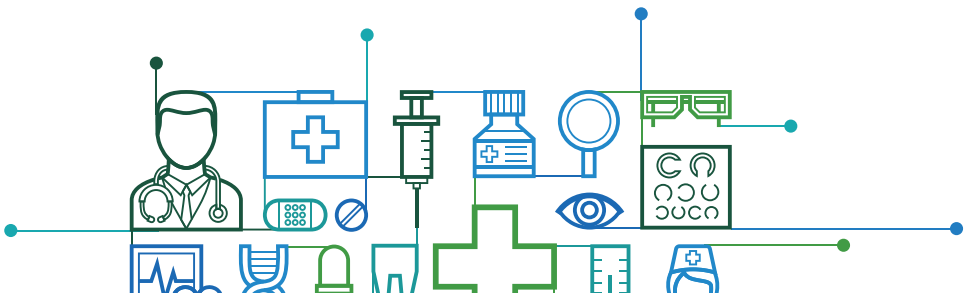
http://www.infermieristicamente.it/articolo/8703/il-ssn-compie-40-anni-e-per-la-prima-volta-l-oms-lancia-l-allarme-mancano-infermieri-medici-e-servizi/

https://www.investireoggi.it/lifestyle/litalia-ha-il-sistema-sanitario-piu-efficiente-deuropa-e-il-secondo-nel-mondo-lo-dice-bloomberg/

http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=40205

https://www.numbeo.com/health-care/rankings_by_country.jsp

http://www.adnkronos.com/salute/sanita/2017/04/26/assistenza-sanitaria-italia-lea-focus-altroconsumo_5BR6aDygRNrKs3kp2RjG6I.html?refresh_ce



Corso dell'Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
della Provincia di Torino

Torino, 9 Giugno 2018 - Villa Raby - C.so Francia 8

Legge 13 maggio 1978, n. 180
"Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori"

Legge 22 maggio 1978, n. 194
"Norme per la tutela sociale della gravidanza e sull'interruzione volontaria della gravidanza"

Legge 23 dicembre 1978, n. 833
"Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale"

QUALI PROPOSTE DELLE PROFESSIONI SANITARIE PER IL FUTURO?

Responsabile Scientifico: Dott. Guido Giustetto

Programma preliminare

08:30 – 09:00	Registrazione dei partecipanti
09:00 – 09:10	Introduzione - Dr. Guido Giustetto, Presidente OMCeO Torino
09:10 – 09:45	Lectio Magistralis: Il 1978 e la salute: tre leggi, tra politica e conflitto Emmanuel Betta, Storico - Università La Sapienza Roma
09:45 – 10:30	Legge 22 maggio 1978, anche in Italia l'aborto è Legale - "Norme per la tutela sociale della gravidanza e sull'interruzione volontaria della gravidanza" *Moderatore: Rosella Zerbi* *Relatore: Silvio Viale; Discussant: Mario Campogrande, Marco Massobrio*
10.30 – 11:00	Coffee break
11:00 – 11:45	Legge N. 180 del 13 maggio 1978 - "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori" *Moderatore: Ivana Garione* *Relatore: Vincenzo Villari; Discussant: Antonio Macrì, Maria Antonella Arras*
11:45 – 12:30	Il Servizio Sanitario Nazionale a 40 anni dalla istituzione - "Indicatori per il confronto con altri servizi sanitari" *Moderatore: Guido Giustetto* *Relatore: Giulio Fornero; Discussant: Amedeo Bianco, Nerina Dirindin*
12:30 – 13:30	Dibattito
13:30 – 14:30	Questionario ECM

Relatori/Moderatori

Dr.ssa Maria Antonella Arras - Dirigente Medico ASL Città di Torino, Consigliera OMCeO Torino
Prof. Emmanuel Betta - Storico - Università La Sapeinza Roma
Dr. Amedeo Bianco - Senatore
Prof. Mario Campogrande - già Direttore Dipartimento Ginecologia e Ostetricia Osp. S.Anna Torino
Prof.ssa - Nerina Dirindin - Università di Torino, Scuola di Management ed Economia
Dr. Giulio Fornero - Coordinatore Commissione Organizzazione Sanitaria, Accreditamento Istituzionale e Programmazione Professionale OMCeO Torino
Dr.ssa Ivana Garione - Consigliera OMCeO Torino
Dr. Guido Giustetto - Presidente OMCeO Torino
Dr. Antonio Macrì - Componente Commissione Organizzazione Sanitaria, Accreditamento Istituzionale e Programmazione Professionale OMCeO Torino
Prof. Marco Massobrio - Professore emerito di ginecologia e ostetricia all'Università di Torino.
Dr. Silvio Viale - Responsabile SSD Servizio Unificato IVG dell'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino – Responsabile scientifico EXIT-Italia
Dr. Vincenzo Villari - Direttore del Dipartimento di Neuroscienza e Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Città della Salute e della Scienza di Torino
Dr.ssa Rosella Zerbi - Consigliera Segretaria OMCeO Torino

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA: OMCeO Torino - tel. 011.5815104

CARA AMERICA MALATA

IL SISTEMA SANITARIO STATUNITENSE È IL PIÙ CARO TRA I PAESI AD ALTO REDDITO MA PARADOSSALMENTE GLI ESITI IN SALUTE SONO TRA I PEGGIORI

A cura di Chiara Rivetti
Tesoriere OMCeO Torino

La partenopea attitudine alla critica e la nostra innata esterofilia hanno creato, nell'immaginario collettivo, un'idea di inferiorità del nostro paese nei confronti delle vicine nazioni europee e soprattutto dei più lontani, quindi più ideali, Stati Uniti.
In alcuni settori, forse, è così. Ma certamente non in sanità.
Gli Stati Uniti, in particolare, spendono per le cure sanitarie molto più degli altri paesi sviluppati, ma paradossalmente hanno cittadini con una salute peggiore.
È utile analizzare nel dettaglio i costi della sanità statunitense ed i conseguenti esiti di salute, per valutare con la necessaria ponderazione se seguire o meno strade simili in futuro.

COSTI

Secondo i dati OCSE 2017, in Italia l'assistenza sanitaria incide per l'8,9% sul Pil, con una spesa annua pro-capite di 3.391 dollari, mentre negli USA la sanità pesa per il 17,2% sul Pil, spesa pari a 9.892 dollari pro-capite: ben **due volte e mezza la media dei paesi OCSE, e tre volte l'Italia** [1].

Ad incidere principalmente sull'eccesiva spesa sanitaria statunitense vi sono gli alti **costi amministrativi** che negli Stati Uniti raggiungono l'8% per cento del Pil, più del doppio rispetto alla media degli altri Paesi analizzati (3% del Pil) [2].
Un grande ospedale statunitense con circa 900 posti letto, ad esempio, arriva ad avere oltre mille dipendenti dedicati unicamente alla gestione finanziaria della struttura. Molto tempo viene sprecato per interagire con le varie assicurazioni, dimostrare la reale copertura delle prestazioni da erogare, l'effettiva validità delle polizze assicurative, richiedere e verificare i pagamenti. Conseguenze di queste labirinto amministrativo sono anche i disservizi ai pazienti, che ottengono con difficoltà informazioni sui loro diritti, sui medici e sugli ospedali che dovrebbero assisterli, e che talora devono pagare "out-of-pocket" spese non previste [3].
Negli USA poi vi è una **moltiplicazione dei servizi**, che garantisce (forse) prontezza delle cure, ma a discapito dell'efficienza del sistema: in Pennsylvania, con circa 12 milioni di persone, vi sono oltre 60 centri di chirurgia cardiotoracica, con i relativi costi.
La sanità americana, basata sul sistema assicurativo (4/5 dei cittadini americani ha un'assicurazione privata), prevede che inevitabilmente una parte della spesa sanitaria non ben quantificabile sia destinata a produrre profitto per le compagnie assicurative, con aumento della spesa ma non degli esiti di salute.
Anche l'inappropriatezza prescrittiva incide, come in Italia ma su scala maggiore, sul totale dei costi sanitari: si stima che ben il **30% dell'intera spesa sanitaria** sia utilizzato per test, procedure, visite, ricoveri inappropriati [4]; risulta inoltre maggiore, rispetto ai paesi europei, **la quota di ricoveri evitabili** eseguiti nelle strutture ospedaliere [5]. Infine, il costo dei medicinali americani è di gran lunga più alto rispetto quello dei paesi europei: gli Usa spendono una media di 1.443 dollari a persona per i farmaci rispetto ai 749 dollari di media degli altri [2]. A questo proposito è bene ricordare che nel 2015 sul sito del «New York Times», nella sezione *The New Health Care*, l'Italia veniva portata come esempio virtuoso per la sua politica di contenimento dei prezzi dei farmaci [6].

La sanità americana, basata sul sistema assicurativo (4/5 dei cittadini americani ha un'assicurazione privata), prevede che inevitabilmente una parte della spesa sanitaria non ben quantificabile sia destinata a produrre profitto per le compagnie assicurative, con aumento della spesa ma non degli esiti di salute

QUALITÀ

La sanità americana è la più costosa ma non la migliore, come esordisce un recentissimo lavoro pubblicato sul New England Journal of Medicine [7]: **nonostante molti americani ritengano che gli USA abbiano la sanità più efficiente al mondo, purtroppo questa idea non ha alcun fondamento.**
Se raffrontati ai paesi occidentali più sviluppati, gli USA hanno la maggiore mortalità infantile e la maggiore incidenza di problemi di salute neonatale; una maggiore perdita di anni di vita per abuso di droghe; una maggiore prevalenza di obesità infantile, di diabete e di BPCO; una maggiore probabilità di morire per patologie cardiovascolari; una minore aspettative di vita a 60 anni [8-11].
Secondo un recente studio della London School of Economics pubblicato su JAMA [2], (confermato dalla recente pubblicazione sul BMJ – si veda il Grafico di pagina 11), l'aspettativa di vita negli Usa è la più bassa di tutti i 10 Paesi ad alto reddito scelti per il confronto, ed il tasso di mortalità infantile il più alto, con 5,8 decessi ogni mille nascite (contro 3,6 degli altri Paesi).
Rispetto ai paesi europei, gli Stati Uniti risultano **ultimi nella coordinazione delle cure**, in particolare nel passaggio di flussi informativi tra l'assistenza primaria, quella ospedaliera, i medici specialisti e gli assistenti sociali [5].
Questa inefficienza, secondo il Commonwealth Fund, in Italia è presente ma proporzionalmente minore.
Negli USA sono **scarsi gli investimenti in cure primarie** rispetto ai sistemi che registrano le migliori performance, dove le cure territoriali sono in grado di offrire una vasta gamma di servizi di assistenza di base, anche di notte e durante i weekend [12]. Inoltre, se alcuni dati di prevenzione (soprattutto screening oncologici, come la mammografia) sono oltre la media dei paesi europei [5], la **prevenzione delle patologie croniche**, intesa come inve-

stimento nel migliorare gli stili di vita, nel ridurre l'uso di droghe, l'obesità, il diabete ecc., è lacunosa, e il problema è accentuato dall'iniquità del sistema e dalle diseguaglianze [13]. Gli Stati Uniti hanno infatti **tassi di povertà e di disuguaglianza** più elevati rispetto alla maggior parte dei paesi ad alto reddito: sono all'ultimo posto per l'accessibilità del sistema sanitario, con un notevole distacco dal paese penultimo classificato, la Svizzera.
Nonostante le importanti diseguaglianze sociali, se gli esiti di salute vengono disaggregati per reddito e scolarità, si riscontra che **anche le classi sociali più alte hanno una salute peggiore delle corrispettive europee**.

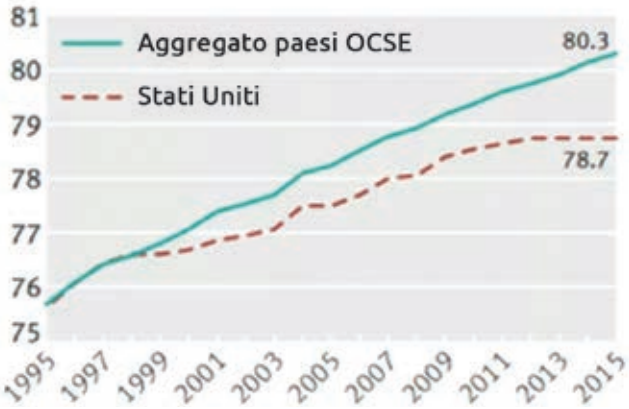


Grafico
Aspettativa di vita alla nascita. Anni 1995-2015. USA-OCSE (BMJ, 24.02.2018)

L'universalismo che caratterizza il sistema sanitario italiano, ancorché imperfetto, rimane una caratteristica da difendere.
Il modello statunitense deve essere studiato nel dettaglio, per essere consapevoli dei rischi, se anche in Italia si optasse per un sistema privatistico/assicurativo, non solo di accentuazione delle diseguaglianze ma anche di ridotta qualità delle cure e di aumento di spesa.

Bibliografia

1. Si veda il grafico di pagina 21

2. Papanicolas, A. K. Jha Health Care Spending in the United States and Other High-Income Countries. JAMA. 2018;319(10):1024-1039.

3. Saluteinternazionale.2017/07 sanita-usa-come-diventare-la-prima-al-mondo

4. De Boer MJ, Van der Wall EE. Choosing wisely or beyond the guidelines. Neth Heart J 2013;21:1-2

5. Commonwealthfund. Mirror. Mirror 2017 International Comparison Reflects Flaws and Opportunities for Better U.S. Health Care

6. To reduce the cost of drugs, look to Europe. 19 October 2015 New York Times

7. Schneider EC, Squires D. From Last to First - Could the U.S. Health Care System Become the Best in the World? N Engl J Med 2017; 377:901-904

8. U.S. Health in International Perspective: Shorter Lives, Poorer Health (2013)

9. European Observatory on Health Systems and Policies (2017). Trends in amenable mortality for selected countries, 2004 and 2014.

10. A. Case and A. Deaton, "Rising Morbidity and Mortality in Midlife Among White Non-Hispanic Americans in the 21st Century," Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, Dec. 8, 2015 112(49):15078–83.

11. Failing health of United states.BMJ 24.02.21018

12. Rethinking the Primary Care Workforce - An Expanded Role for Nurses Thomas Bodenheimer, M.D., and Laurie Baue. N Engl J Med 2016; 375:1015-1017

13. Healt affairs Hospital Pay-For-Performance Programs In Maryland Produced Strong Results, Including Reduced Hospital-Acquired Conditions. Sule Calikoglu, Robert Murray

Un viaggio nei sistemi sanitari

A cura de *Il Pensiero Scientifico Editore*
con la collaborazione di *Saluteinternazionale.info*

Nel 1948 due eventi decisivi segnano l'inizio della stagione dell'universalismo in sanità. Il primo è l'introduzione del diritto alla salute, al benessere e alla sicurezza nella dichiarazione dei diritti umani delle Nazioni Unite. Il secondo è l'istituzione in Gran Bretagna del National Health Service che ha fatto scuola a diversi paesi occidentali, tra cui l'Italia che, trent'anni dopo, con la legge 833/78 istituisce il Sistema Sanitario Nazionale sostituendo al modello mutualistico quello universalistico inglese di Beveridge. Nello stesso 1978, altro momento storico, alla Conferenza di Alma Ata 134 stati membri dell'Organizzazione Mondiale della Sanità – insieme a 67 agenzie governative e diverse organizzazioni non governative – riaffermano che la "salute, come stato di benessere fisico, sociale e mentale, e non solo come assenza di malattia e infermità, è un diritto fondamentale dell'uomo e l'accesso a un livello più alto di salute è un obiettivo sociale estremamente importante". Sulla base di questo principio lanciano la campagna "Salute per tutti entro il 2000" che vuole promuovere la *primary health* care in tutti i paesi.

Già al suo nascere però la dichiarazione di Alma Ata – secondo cui istruzione, sanità e previdenza dovevano essere sottratte ai meccanismi di mercato e lo Stato garantire a tutti i cittadini l'accesso a questa componente del welfare – viene presto sostituita dal paradigma del ritorno al liberalismo radicale, secondo cui tutto deve essere (de) regolato dal mercato, anche quei settori – come la sanità – tradizionalmente regolati e gestiti dallo Stato.

A partire dagli anni Ottanta la dottrina neoliberalista emergente e la globalizzazione economica che ne è conseguita hanno dato l'impulso a una ridefinizione dei sistemi sanitari, in alcuni casi a partire addirittura dalle loro fondamenta con una spinta di ordine politico/ideologico verso l'introduzione del mercato anche nella gestione della sanità. Ad accelerare questo processo – senza confini – sono stati gli alti costi derivanti dai crescenti consumi e l'esigenza di contenerli, eliminando sprechi e dando più efficienza al sistema: tra il 1960 e il 1990 nei paesi industrializzati appartenenti all'OCSE la spesa sanitaria pro-capite era cresciuta da 66 a 1286 dollari statunitensi, mentre la media della percentuale della spesa sanitaria dal 3,8 al 7,2% del PIL. Gli effetti sull'organizzazione dei sistemi sanitari pubblici e sulle politiche sanitarie sono stati differenti da un paese a un altro, ma accomunati da riforme che hanno agito in direzione contraria alla *primary health care*, caposaldo della dichiarazione Alma Ata, a favore della commercializzazione e della privatizzazione del servizio sanitario. Pagare le cure diventa così la norma per molti cittadini. L'accessibilità ai servizi si riduce e aumentano le disuguaglianze tra chi ha la possibilità di sostenere tali costi e chi no. Gradualmente, parole d'ordine nelle scelte politiche per l'assistenza sanitaria diventano "mercato", "competizione" e "devoluzione", in nome della sostenibilità del sistema.

A partire dagli anni Ottanta la dottrina neoliberalista emergente e la globalizzazione economica che ne è conseguita hanno dato l'impulso a una ridefinizione dei sistemi sanitari [...]. Gradualmente, parole d'ordine nelle scelte politiche per l'assistenza sanitaria diventano "mercato", "competizione" e "devoluzione", in nome della sostenibilità del sistema

Negli Usa, dopo l'elezione di Obama alla Casa Bianca avvenuta nel pieno della crisi finanziaria, viene approvata una riforma sanitaria che punta a ridurre al minimo il numero delle persone non assicurate. La battaglia politica sostenuta da Obama ha avuto un significato politico "universale" e ridato forza all'idea che la salute è un "diritto" e non un "bene di consumo". Nel 2012 la *Universal Health Coverage* torna al centro del dibattito politico internazionale e diventa oggetto di una specifica sessione nell'Assemblea generale delle Nazioni Unite. La filosofia della *Universal Health Coverage* è diversa da quella del *Health for All* di Alma Ata (dove il focus era sulla salute e sui suoi determinanti): qui si tratta di garantire la copertura sanitaria, lasciando spazio anche al settore privato sul fronte sia dei finanziamenti sia dell'erogazione dei servizi. L'obiettivo, almeno sulla carta, è di ridurre al minimo le persone senza copertura sanitaria, aumentare i servizi inclusi nel pacchetto delle assicurazioni e ridurre la compartecipazione alla spesa e ai pagamenti *out-of-pocket*. Come nel Novecento si sono affermate diverse forme di universalismo sanitario, ora si stanno affermando diverse forme di copertura sanitaria, che – come è successo in Cina – proteggono solo in parte le famiglie dall'andare incontro a spese mediche catastrofiche. La scelta di quale sistema introdurre e di quale riforma perseguire riflette la storia, la cultura e le politiche di ciascun paese.

Indicatori spesa sanitaria nel 2013

	Spesa sanitaria totale pro-capite in dollari*	Spesa sanitaria totale come % del PIL	Spesa sanitaria pubblica come % della spesa sanitaria totale	Spesa out-of-pocket come % della spesa sanitaria totale**
Stati Uniti	9892	17,2	49,1	11,1
Svizzera	7919	12,4	63,6	28,3
Lussemburgo	7463	6,3	83,0	10,6
Norvegia	6647	10,5	85,2	14,3
Germania	5551	11,3	84,6	12,5
Svezia	5488	11,0	70,2	15,2
Olanda	5385	10,5	83,9	12,3
Irlanda	5528	7,8	80,8	15,2
Austria	5227	10,4	75,7	17,9
Danimarca	5199	10,4	84,1	13,7
Belgio	4840	10,4	77,3	17,6
Australia	4708	9,6	67,8	19,6
Canada	4644	10,3	70,0	14,6
Francia	4600	11,0	78,8	6,8
Giappone	4519	10,9	84,1	13,1
Islanda	4376	8,6	82,1	17,0
Regno Unito	4192	9,7	79,2	14,8
Finlandia	4062	9,4	74,2	19,9
Media paesi Ocse	**3997**	**9,0**	72,5	**20,3**
Nuova Zelanda	3590	9,2	80,2	12,6
Italia	**3391**	**8,9**	**75,0**	**22,8**
Spagna	3248	9,0	70,6	24,2
Cile	1977	8,5	60,7	32,2
Repubblica Ceca	2515	7,2	83,4	13,7
Estonia	1989	6,7	76,1	22,8
Grecia	2187	8,2	59,3	35,5
Ungheria	2101	7,6	68,3	29,0
Slovenia	2835	8,6	71,8	12,5
Israele	2776	7,3	61,3	24,4
Portogallo	2734	8,9	66,2	27,7
Corea	2729	7,7	56,4	36,8
Repubblica Slovacca	2150	6,9	79,8	18,4
Polonia	1798	6,4	69,0	23,2
Lettonia	1466	5,7	56,4	41,6
Turchia	1088	4,3	79,4	16,9
Messico	1080	5,8	51,7	41,4

* valori ponderati per parità di potere d'acquisto
** dati 2015
Fonte: OECD Health Data, 2017.

DUE DIVERSE AMERICHE: USA E CANADA

Uno dei pilastri dell'*Affordable Care Act* – duramente attaccata dall'opposizione e non solo – è stato quello di aumentare il numero di cittadini assicurati contro gli interessi della lobby delle assicurazioni

Dalla seconda guerra mondiale agli anni Settanta nei paesi occidentali si svilupparono sistemi sanitari a impronta universalistica, fatta eccezione per gli Usa dove a guidare la storia dell'assistenza sanitaria fu il boom delle assicurazioni sanitarie commerciali che, per la prima volta, garantì la copertura sanitaria ai cittadini dipendenti con il contributo delle imprese e dei liberi professionisti. Oltreoceano prese così piede un sistema sanitario basato sulle assicurazioni sanitarie private che non copriva però gli anziani e i poveri fintanto che nel 1965 sono entrati in vigore i programmi sanitari nazionali - sostenuti da fondi pubblici federali e statali - Medicare e Medicaid, rispettivamente per l'assistenza delle persone over65 e alcune categorie di poveri (famiglie con minori, donne in gravidanza e disabili). Il risultato è stato quello di un sistema sanitario molto frammentato sia nella copertura assicurativa sia nell'offerta e produzione dei servizi, molto costoso e altrettanto iniquo con un gran numero di persone assicurate. Durante l'amministrazione di George Bush, dal 2000 al 2007, il numero di non assicurati era aumentato di un milione all'anno raggiungendo la quota di 45,7 milioni (pari al 15,5% della popolazione). La spinta verso la copertura sanitaria universale è avvenuta con la presidenza di Barack Obama, che ha introdotto una riforma che nessuno altro presidente negli Stati Uniti era riuscito a condurre prima. Uno dei pilastri dell'*Affordable Care Act* – duramente attaccata dall'opposizione e non solo – è stato quello di aumentare il numero di cittadini assicurati contro gli interessi della lobby delle assicurazioni. Dalla sua entrata in vigore il numero dei cittadini privi di assicurazione sanitaria non è mai stato così basso ed è migliorato l'accesso alle cure primarie, da cui hanno tratto beneficio soprattutto i gruppi più deboli della popolazione. Il numero dei non assicurati è passato dai 50 milioni del 2010 ai 30-34 milioni del 2015. Questa riduzione ha riguardato soprattutto i più giovani, con un calo dei non assicurati nella fascia tra 19 e 34 anni dal 28 al 18%.

Il Canada ha un sistema sanitario universalistico, molto diverso da quello degli Usa. Quello canadese è un sistema federale mutualistico di tipo decentrato, finanziato principalmente attraverso la fiscalità generale, a copertura universale e gratuita fondata sul principio del bisogno

Il Canada ha un sistema sanitario universalistico, molto diverso da quello degli Usa. Quello canadese è un sistema federale mutualistico di tipo decentrato, finanziato principalmente attraverso la fiscalità generale, a copertura universale e gratuita fondata sul principio del bisogno. Con l'ultima grande riforma, il Canada Health Act del 1984, è stato stabilito che i piani sanitari di ciascuna delle dieci province e dei tre territori devono rispettare cinque principi fondamentali: universalità, globalità, accessibilità, portabilità, pubblica amministrazione. I piani sanitari devono quindi essere accessibili a tutti i cittadini e, indipendentemente dal loro reddito, devono garantire trattamenti *medically necessary* in forma completamente gratuita e la copertura sanitaria dentro e fuori il paese, e infine devono essere amministrati e gestiti da un'autorità pubblica senza scopo di lucro. I principali attori del sistema sanitario canadese sono quindi il governo federale, responsabile della maggior parte del supporto finanziario tramite la fiscalità generale, che eroga direttamente le prestazioni (cure primarie e di emergenza, oltre ad alcune prestazioni supplementari) a circa un milione di persone (indigeni, eschimesi, militari, rifugiati), e i governi delle dieci province e dei tre territori, che sono i destinatari dei fondi trasferiti dal governo federale e i responsabili della gestione dei servizi sanitari dell'area di competenza. Ciascuna provincia garantisce, tramite il programma assicurativo Medicare, l'assistenza ospedaliera e l'assistenza primaria tramite i medici di famiglia (ovvero le *medically necessary*); inoltre, entro i limiti posti dal governo federale, finanzia ed eroga prestazioni supplementari, come assistenza domiciliare, assistenza residenziale a lungo termine, trasporti in ambulanza, assistenza protesica. In Canada circa il 70% della spesa sanitaria deriva dal finanziamento pubblico, proveniente dalla tassazione a livello governativo centrale e provinciale/territoriale. La spesa privata si suddivide in due settori: quello dei pagamenti diretti da parte degli utenti (*out of pocket*) (15%), e quello delle assicurazioni private (12%). Il restante 3% deriva da contributi di assicurazioni sociali, donazioni per la ricerca e altre diverse fonti. Gli ultimi anni hanno visto aprirsi un intenso dibattito sull'opportunità di riformare il sistema canadese aumentando il ruolo del settore privato.

IL SUD AMERICA ALLA RISCOSSA

Una delle peculiarità delle riforme neoliberiste in America Latina è la segmentazione per classi sociali del sistema sanitario. Con l'eccezione di Cuba e Costa Rica, prima delle riforme nei sistemi sanitari latinoamericani vigeva una sorta di "apartheid medica" caratterizzata da una netta stratificazione nella possibilità di accesso ai servizi sanitari: nello strato più basso la categoria degli esclusi, i poveri, i disoccupati, i lavoratori precari e tutti coloro che, per varie ragioni, erano privi di assicurazione; nello strato intermedio i dipendenti pubblici e privati "regolari" con coperture assicurative di tipo mutualistico; nello strato più alto le classi benestanti che si potevano permettere un'assicurazione privata. La prima priorità dei governi è stata quella di estendere i livelli di protezione sociale e ridurre le diseguaglianze nell'accesso ai servizi. Le riforme più significative avvengono in Brasile e in Messico, con strategie molto differenti. Il Brasile istituisce un sistema sanitario unificato, cioè universalistico, arricchito da una riforma che punta a rafforzare l'organizzazione delle cure primarie e favorire l'accesso delle popolazioni meno favorite. Il Messico invece ha creato e finanziato un'assicurazione pubblica (*Seguro Popular*) per la metà della popolazione priva di tutele sociali, più di 50 milioni. Altri paesi, come il Cile, prima hanno reso completamente gratuiti i servizi di cure primarie, e successivamente hanno reso accessibile a tutti un pacchetto definito di servizi essenziali.

I paesi latinoamericani si trovano a dover affrontare diverse sfide: dalle forti diseguaglianze sociali che minacciano il raggiungimento della copertura sanitaria e la stessa stabilità democratica dei paesi, all'organizzazione dei servizi sanitari che sono ancora troppo frammentati, a - non da ultimo - l'equità del finanziamento

Oltre alla copertura sanitaria universale le riforme dei sistemi sanitari latinoamericani presentano alcuni caratteri distintivi: il decentramento delle funzioni amministrative e gestionali, il potenziamento delle cure primarie, la separazione tra committenti e produttori. Il decentramento fu motivato dalla volontà di rafforzare la *governance* locale, distinguendo chiaramente le competenze tra livello centrale e livello locale. In Brasile, Colombia, Perù, Uruguay e Venezuela l'impeto verso il decentramento fu voluto dalla società civile come meccanismo per rafforzare la partecipazione democratica. Il potenziamento della *primary health care*, secondo i principi della Dichiarazione di Alma Ata, è stata una delle principali strategie delle riforme latinoamericane della sanità. A buona ragione si può dire che i princìpi di Alma Ata hanno trovato un terreno fertile, e quindi una piena applicazione, soltanto in America Latina perché si allineavano alle strategie di lotta alla povertà e di promozione della partecipazione popolare. Le esperienze cubana e brasiliana sono certamente le più avanzate, ma anche quelle di Colombia, Messico, Perù e Costa Rica sono significative soprattutto per i risultati ottenuti in campo materno-infantile.

Con l'eccezione di Cuba (dove il sistema sanitario è interamente pubblico), in America Latina il settore privato è molto forte nella produzione dei servizi, soprattutto nelle cure secondarie e terziarie (ospedali e attività specialistiche e diagnostiche). Si è creata così una separazione tra finanziatore dell'assistenza (lo stato o le assicurazioni), detto anche committente, e il produttore, che comporta generalmente una contrattazione tra i due attori: sulle tariffe delle prestazioni, e talora anche sulle performance e sui risultati attraverso appositi incentivi (Colombia, Perù e Costa Rica).

Nonostante tutto ciò, i paesi latinoamericani si trovano a dover affrontare diverse sfide: dalle forti diseguaglianze sociali che minacciano il raggiungimento della copertura sanitaria e la stessa stabilità democratica dei paesi, all'organizzazione dei servizi sanitari che sono ancora troppo frammentati, a - non da ultimo - l'equità del finanziamento (ancora troppo alta è la componente *out-of-pocket*, ovvero il pagamento diretto delle prestazioni da parte dei pazienti). Un'ultima sfida riguarda la sostenibilità dei sistemi sanitari nel mantenere la copertura sanitaria universale. La crisi economica globale, iniziata nel 2008, non ha infatti risparmiato l'America Latina. Una crisi che può essere superata continuando a investire in salute, dato che le esperienze storiche e anche recenti insegnano che l'investimento in salute promuove la crescita economica.

L'EUROPA VARIEGATA

Nel vecchio continente coesistono modelli differenti di sistemi sanitari nazionali che in parte riflettono la storia dei singoli paesi. Si passa dai sistemi costruiti sulle assicurazioni sociali obbligatorie come quello di Bismark originatosi in Germania e adottato in diversi paesi centroeuropei, quali Francia, Svizzera e Austria, e nelle ex repubbliche sovietiche, al modello di servizio sanitario nazionale di Beveridge nato in Gran Bretagna, con forme di finanziamenti basati sul gettito fiscale e prevalentemente gestito dal settore pubblico, che ha preso piede in Svezia, Norvegia, in Spagna, Portogallo, Italia e, parzialmente, anche in Grecia, fino a forme ibride come quella dell'Olanda dove i rischi catastrofici sono coperti da un'assicurazione nazionale che attinge alla fiscalità generale e l'assistenza sanitaria è coperta dalle assicurazioni private.

La crisi economico-finanziaria del 2008 ha avuto pesanti conseguenze sui sistemi sanitari europei, in particolare su quelli del modello Beveridge che hanno registrato una marcata riduzione della spesa sanitaria. In alcuni paesi l'erosione del finanziamento sanitario pubblico ha indotto un radicale cambiamento nel sistema sanitario stesso con un ridimensionamento del ruolo dello Stato nella sanità, come è successo in Gran Bretagna, Spagna e Grecia e come sta avvenendo nel nostro paese.

CORTEN & GREY
CONSULENTI IMMOBILIARI

TORINO - **VILLA SABAUDIA**
Strada Sabaudia. Villa bifamiliare d'epoca di oltre 500 mq., immersa nel verde con chiesetta privata.

TORINO - **VILLE X-DE**
Strada Val San Martino Superiore Ville in bio–edilizia in X- LAM. Classe A4. Posizione comoda ai servizi. Consegna 18 mesi, possibiltà di permuta.

RICERCHIAMO PER LA NOSTRA CLIENTELA, VILLE IN VENDITA IN ZONA PRECOLLINARE E APPARTAMENTI IN TORINO CENTRO

Corten&Grey S.A.S.
Via Torino 269 -10090 - Castiglione T.se (TO) | P.zza Crimea 2 - 10133 - Torino
T. 011 960 26 44 | E. info@cortengrey.com | www.cortengrey.com

GRAN BRETAGNA

Il sistema sanitario del Regno Unito nasce nel 1946 con il National Health Service Act, con il proposito di garantire a tutti i residenti sul suolo britannico, senza distinzioni geografiche, assistenza primaria, ospedaliera e servizi specialistici. Dalla sua nascita fino agli inizi degli anni Novanta ha avuto una struttura monolitica con un forte controllo centrale da parte del Ministero della Salute sulla organizzazione periferica affidata alle Health Authority. Già a partire dal governo di Margeret Thatcher si è cercato di riformare dalle fondamenta il National Health Service (NHS), e il sistema di welfare che era in grado di garantire, con l'introduzione di meccanismi commerciali di mercato e competizione e la perdita di una guida nazionale nel governo della sanità. Una grande riforma del sistema è stata attuata dal governo conservatore di Cameron che, con profondi cambiamenti nelle politiche e nell'intera infrastruttura del sistema sanitario universalistico, ha quasi interamente privatizzato il sistema di produzione dei servizi facendo della competizione e del mercato gli elementi fondanti delle relazioni tra gli attori della sanità. Approvata nel 2012 ed entrata in vigore nel 2013, la riforma ha come principali contenuti: l'abolizione delle Strategic Health Authorities (le nostre Regioni) e dei Primary Care Trusts (le nostre ASL) che vengono sostituiti dai Clinical Commissioning Groups, consorzi privati di *general practitioners* a cui destinare i 65 miliardi di sterline di fondi pubblici (quasi il 70% dei 95 miliardi di sterline dell'intero budget sanitario nazionale); una diffusa privatizzazione sul versante della produzione dei servizi curativi (territoriali e ospedalieri), guidata da logiche di mercato molto spinte, con l'irruzione nel sistema di grosse e potenti compagnie multinazionali; il trasferimento dei servizi preventivi, quei pochi che erano rimasti in capo al NHS (il controllo delle malattie infettive e gli screening), alle municipalità. Altro elemento critico della riforma Cameron è stata la perdita del livello nazionale di definizione dei livelli essenziali di assistenza, assegnato prima della riforma al Ministero della Salute, che stabiliva le prestazioni che le strutture pubbliche erano tenute a garantire uniformemente in tutto il territorio e anche i livelli di partecipazione alla spesa, per alcune limitate categorie di prestazioni. Di fatto con la riforma spetta ai Clinical Commissioning Groups finanziare le attività dei ***general practitioners***, stabilire quali servizi offrire ai pazienti da parte dei vari provider dalle cure domiciliari all'assistenza specialistica e ospedaliera. Ad aggravare la situazione ci sono anche i tagli apportati dal governo al budget della sanità e ad altri settori del welfare, che si ripercuotono negativamente sull'assistenza sanitaria.

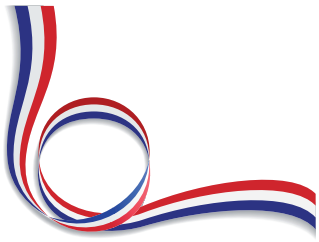
NORVEGIA

Il sistema sanitario norvegese, basato sul modello Beveridge, fornisce l'assistenza sanitaria a tutti i cittadini, indipendentemente dal loro reddito, attraverso il finanziamento proveniente dalla fiscalità generale. L'equo accesso alle cure mediche di base è stato sancito nel 1912 con il *Practitioners Act*. Mentre il passo decisivo per raggiungere la copertura universale dei servizi di welfare viene compiuto nel 1967 con l'istituzione dello Schema assicurativo nazionale basato sui contributi delle imprese e dei dipendenti. La spesa sanitaria della Norvegia è tra le più alte al mondo (6.567 dollari pro-capite), preceduta nel ranking mondiale solo da Usa (9.451 dollari) e Svizzera (6.935 dollari). Il finanziamento del sistema sanitario norvegese è coperto per l'85% dalla componente pubblica: dalla fiscalità generale (tasse statali e tasse locali) e, in piccola parte, dallo Schema assicurativo nazionale. Il restante 15% della spesa sanitaria totale proviene quasi interamente dalla compartecipazione alla spesa dei pazienti, prevista per quasi tutte le prestazioni fatta eccezione per i ricoveri ospedalieri. Ma c'è un tetto ai ticket (265 euro l'anno), raggiunto il quale l'assistito è esente da contributi per la restante parte dell'anno. Non devono pagare il ticket i bambini, le donne in gravidanza e gli anziani con basse pensioni. Le assicurazioni private hanno uno spazio minimo nella sanità norvegese e rappresentano appena lo 0,69% della spesa sanitaria totale.

SPAGNA

Con la *Ley General de Sanidad* del 1986 il sistema sanitario spagnolo abbandona il modello Bismark per abbracciare quello inglese di Beveridge secondo il principio che "è competenza dei poteri pubblici l'organizzazione e la tutela della salute pubblica con le misure preventive e con le prestazioni e i servizi che siano necessari". Fino a pochi anni fa il sistema sanitario spagnolo veniva preso come modello di successo per la marcata efficienza e per le peculiarità organizzative primaria della *primary care* organizzata in Centri di assistenza primaria e caratterizzata dal potenziamento della medicina di base, con una spesa sanitaria tra le più basse dei grandi paesi europei. Nel 2008 la spesa sanitaria pro-capite era pari a $2.217, mentre la spesa sanitaria totale è risultata pari al 9% del PIL. Con la crisi del debito, la Spagna ha subito pesantissime conseguenze economico-finanziarie, con una drammatica recessione e un elevatissimo tasso di disoccupazione. Nel 2012, per far fronte alla crisi, viene approvato con procedura d'urgenza un decreto reale che riporta indietro di trent'anni la sanità spagnola. Per garantire la sostenibilità del servizio sanitario pubblico, sommerso da un debito pubblico di 16 miliardi di euro, il Regio Decreto 16/2012 contiene diverse misure finalizzate al contenimento della spesa tra cui l'aumento del ticket per i pensionati, il taglio degli stipendi del personale sanitario, disposizioni molto restrittive per l'assistenza sanitaria agli immigrati. Il punto centrale del Regio decreto è stato il passaggio dal sistema universalistico al sistema assicurativo basato sull'impiego.

OLANDA

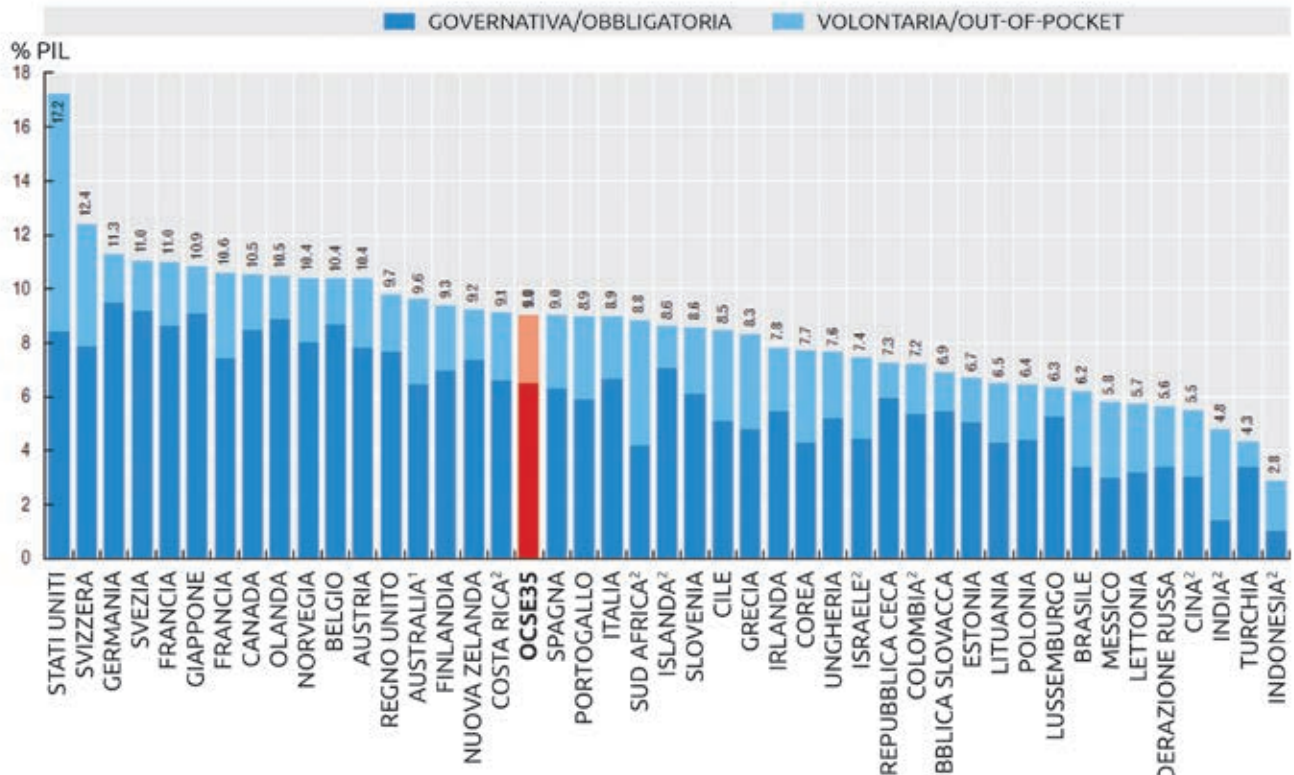


Il sistema sanitario olandese è un ibrido tra il modello tedesco e quello britannico, frutto della stratificazione di diverse riforme. È sia universalistico e solidale, finanziato attraverso la fiscalità generale per la parte che riguarda le spese eccezionali (assistenza a lungo termine, assistenza domiciliare e residenziale agli anziani non autosufficienti e ai disabili fisici e psichici), sia mutualistico per la componente standard dell'assistenza curativa che viene garantita da assicurazioni finanziate dalle imprese e dagli assistiti. L'assicurazione sanitaria è obbligatoria con il supporto dello Stato per i cittadini a basso reddito. L'attuale assetto del sistema è quello disegnato dall'ultima riforma del 2006 finalizzata ad aumentare l'efficienza del sistema e migliorare la qualità dell'assistenza in base ai principi del mercato e della competizione delle assicurazioni private che operano in regime di concorrenza. La riforma ha inserito l'obbligo per tutti i cittadini di iscriversi a un'assicurazione sanitaria (e non solo per coloro al di sotto di una determinata soglia di reddito), ma non ha portato al contenimento prefissato dei costi né al salto di qualità dei servizi previsto. Con una spesa sanitaria totale di 5343 dollari pro-capite, di cui l'80% circa di spesa pubblica, questo sistema sanitario è uno dei più costosi al mondo anche perché "generoso". Dal 1968 è infatti in vigore uno schema di assicurazione socio-sanitaria universalistica obbligatoria, noto con l'acronimo AWBZ (*Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten*), per la copertura di un'ampia varietà di servizi per il *long-term care*. Si tratta della più generosa iniziativa di *long-term care* al mondo finanziata attraverso la fiscalità generale, con un costo pari ai due terzi del costo complessivo delle cure mediche per l'assistenza domiciliare e residenziale a soggetti anziani e disabili. Dal 1997 gli assistiti possono scegliere in alternativa un contributo economico (*personal care budget*), sottoposto negli ultimi anni ad attenta valutazione per l'emersione di numerose frodi, ragion per cui esso è stato limitato alle persone in assistenza residenziale.

SVIZZERA

La Svizzera eccelle nelle classifiche quanto a salute e sanità. In quella dell'Euro Health Consumer Index dei consumatori del 2015, che valuta il sistema sanitario dei paesi europei, occupa il secondo posto, dopo i Paesi Bassi. Inoltre secondo i dati Ocse è al terzo posto, dopo il Giappone e la Spagna quanto a speranza di vita alla nascita. Eccelle anche nella spesa sanitaria: nel mondo è seconda solo agli Usa con una spesa sanitaria totale pro-capite è di 6.325 $ (dato Ocse, 2013), di cui 4.178 $ di spesa sanitaria pubblica. Anche il dato relativo alla percentuale del PIL destinato alla sanità (11,1%) pone la Svizzera al secondo posto, al pari dell'Olanda, dopo gli Usa (16,4%). Ha un sistema sanitario eccellente e molto caro, ma con un costo accettabile perché in cambio dimostra di essere – come scrive il NEJM - "un'industria fiorente, importante e innovativa, un forte motore per la crescita economica e la prosperità". Non a caso l'amministrazione Obama l'aveva preso in esame come eventuale modello per la riforma statunitense. Al pari di altri sistemi sanitari, il sistema sanitario svizzero si basa sul modello Bismarck delle assicurazioni sociali. Con la legge sull'assicurazione di malattia del 1994 viene introdotto un sistema mutualistico, basato su assicurazioni private non-profit, che garantisce la copertura sanitaria universale. Tutti i cittadini sono obbligati ad assicurarsi, con l'aiuto dello Stato per le fasce di popolazione a medio-basso reddito, e da parte loro le assicurazioni sono obbligate ad assicurare tutti, con tariffe che prescindono dal livello di rischio degli assicurati (*community-rated premiums*). Viene sancito anche il principio della piena libertà dei cittadini di scegliere sia l'assicurazione che il medico, nonché il luogo di cura. Le risorse per far funzionare il costoso sistema sanitario svizzero provengono in parti quasi uguali da tre fonti: la fiscalità generale (20,3%), i premi assicurativi (46,5%) e il contributo privato dei cittadini (33,2%) che per la maggiore parte proviene dal pagamento di franchigie e ticket e in minima parte dall'acquisto di assicurazioni private per ottenere prestazioni non incluse nel pacchetto assicurativo standard.

Spesa sanitaria in raporto al PIL, 2016 (o anno più vicino)



Note: Spesa per gli investimenti esclusa, salva diversa indicazione.
1. Le stime australiane escludono le spese per le case di cura per anziani finanziate dai servizi di welfare (sociale).
2. Spesa per gli investimenti inclusa.
Fonte: Oecd Health Statistic 2017, WHO Global Health Expenditure.

LA SANITÀ NEI PAESI EX-SOVIETICI

Per le repubbliche che componevano l'Unione Sovietica la transizione al capitalismo nella Russia post-sovietica ha provocato il completo disfacimento del sistema politico, economico, sociale e non da ultimo quello sanitario. Abbandonato il modello Semashko del sistema sanitario sovietico – il primo al mondo ad introdurre l'accesso universale e gratuito alle cure attraverso la completa socializzazione della medicina e il ruolo centrale dello Stato – le repubbliche ex-sovietiche hanno adottato un nuovo modello confezionato dalle istituzioni internazionali, a partire dalla Banca Mondiale e dal Fondo Monetario Internazionale. Questo prevedeva l'impianto di un sistema di assicurazioni sociali obbligatorie in un contesto competitivo. Fatta eccezione per la Slovacchia questa operazione si è però rilevata fallimentare e ha richiesto degli aggiustamenti. Per esempio se la Repubblica Ceca ha abolito il vincolo della competizione, Polonia, Ungheria e Slovenia hanno introdotto un'unica assicurazione sociale nazionale, e in Russia invece è stato introdotto un secondo livello di finanziamento esclusivamente statale per la gestione di alcuni programmi sanitari governativi. Con il nuovo modello, inoltre, lo Stato ha perso il ruolo di attore unico del sistema sanitario mantenendo solo le funzioni di regolazione e controllo e trasferendo il finanziamento per l'appunto alle assicurazioni e la gestione dei servizi alle autorità periferiche. La perdita di questo ruolo da parte dello Stato, che seppure inefficiente era comunque sempre presente, si è accompagnata a crisi economiche, instabilità politica, corruzione e debolezza delle istituzioni, tutti fattori che hanno remato contro questo processo di transizione già di per sé lento e difficile. In alcuni paesi del blocco ex URSS il crollo drastico del PIL ha significato la perdita della rete di protezione sanitaria, anche dal punto di vista previdenziale, che prima – con il modello Semashko – veniva garantita dallo Stato, e la dilagante privatizzazione dei servizi.

Riferimenti bibliografici

- Articoli pubblicati nell'Area Sistemi sanitari internazionali di Saluteinternazionale.info - www.saluteinternazionale.info
- Maciocco G. Politica, salute e sistemi sanitari – Le riflessioni dei sistemi sanitari nell'era della globalizzazione. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore: 2009.
- Maciocco G, Francesca Santomauro F. La salute globale - Determinanti sociali e disuguaglianze. Roma: Carocci editore 2014.

PUNTI DI VISTA

A cura di Laura Tonon
Il Pensiero Scientifico Editore – Think2it

L'eclissi del diritto alla salute

A colloquio con Gavino Maciocco
Università di Firenze, Saluteinternazionale.info

I sistemi sanitari dei paesi occidentali godono di buona salute?

Dipende se per salute dei sistemi sanitari intendiamo la salute della popolazione oppure il buon funzionamento del sistema. Nel primo caso possiamo ritenere che godono di buona salute i sistemi sanitari del Giappone, della Spagna, della Svizzera e dell'Italia che occupano i primi quattro posti per aspettativa di vita nella classifica OCSE del 2015. Gli Stati Uniti invece sono in coda a tutti gli altri paesi sviluppati dopo il Cile, la Polonia, la Repubblica Ceca e l'Estonia. La "cattiva" salute statunitense è imputabile principalmente alla prevalenza dell'obesità e alle malattie croniche che ne conseguono, un fenomeno in espansione anche in altri paesi occidentali quali la Gran Bretagna i cui livelli di obesità, soprattutto in Scozia, stanno raggiungendo quelli oltreoceano. Se ci riferiamo alla capacità del sistema sanitario di tutelare equamente la salute dei cittadini prendendo come indicatore la mortalità evitabile entro i primi 75 anni attraverso l'assistenza sanitaria ottimale, troviamo una notevole variabilità all'interno dell'Europa, con le percentuali più alte in Romania, Lettonia, Lituania, Bulgaria e Slovacchia, e le più

basse in Francia, Danimarca, Belgio, Lussemburgo, Paesi Bassi e Italia. Anche da questo punto di vista a stare peggio sono gli Stati Uniti che registrano una mortalità evitabile maggiore di quella europea. Nel panorama sanitario globale la sanità degli Stati Uniti rappresenta un paradosso: è molto dispendiosa, con una spesa pro-capite di circa 10 mila dollari, ma produce i peggiori risultati in termini di stato di salute dei cittadini sul quale incidono in parte i determinanti di salute, l'obesità per esempio, in parte le disuguaglianze dell'intero sistema che, nonostante la riforma di Obama, non riesce a garantire la copertura sanitaria a tutti i cittadini.

Cosa hanno insegnato le esperienze della formula dello stato minimo neoliberista introdotta negli anni Ottanta da Reagan e Thatcher?

Con le vittorie elettorali di Margaret Thatcher in Gran Bretagna nel 1979 e a distanza di un anno di Ronald Reagan alla presidenza degli Stati Uniti si assiste a un cambio di paradigma nelle relazioni tra mercato e stato. Le riforme neoliberiste presero piede anche nelle politiche sanitarie, seppure con modalità diverse, in Europa e oltreoceano. Il loro comune denominatore è stato aver portato a considerare la sanità un oggetto di profitto e uno strumento di business. Reagan intervenne in un sistema che era già ampiamente privatizzato e basato sulle assicurazioni dando più potere alle imprese che per contenere il costo delle assicurazioni hanno scaricato parte delle polizze sugli assicurati. Tutto ciò ha portato a un numero maggiore di cittadini statunitensi privi di copertura sanitaria. Con la presidenza di Barack Obama si è cercato di mitigare il problema riuscendo in soli due anni, dal 2013 al 2015, a ridurre il numero di non assicurati da 43,5 a 27,5 milioni, vale a dire -16 milioni. Tuttavia ancora oggi uno statunitense su dieci è senza assicurazione sanitaria. La Thatcher riformò invece un sistema universalistico di tipo Beveridge inserendo meccanismi propri del mercato, quali la concorrenza nei servizi pubblici. Questo processo continuò con il governo di Tony Blair e toccò l'apice con il governo conservatore di David Cameron con la privatizzazione quasi completa dell'offerta dei servizi sanitari. In modo del tutto simile, per far fronte alla crisi economica, la Spagna adottò nel 2012 diverse misure per ridurre la spesa sanitaria di 7 miliardi di euro, tra cui il passaggio dal sistema universalistico tipo Beveridge a un sistema assicurativo basato sull'impiego. Altri paesi europei hanno invece introdotto sistemi paralleli di assicurazione integrativa e meccanismi di privatizzazione, come sta avvenendo anche in Italia. Quindi per rispondere alla sua domanda possiamo dire che dagli anni Ottanta siamo passati dalla stagione della *health for all*, che aveva avuto il suo apogeo nella conferenza Alma Ata del 1978, alla stagione health for some con gli aggiustamenti imposti dalla Banca Mondiale per far fronte alla grande recessione che stava mettendo in ginocchio l'economia mondiale. Nel 1987 la stessa Banca Mondiale aveva pubblicato il primo documento dedicato alla sanità con una serie di indicazioni: dall'introduzione nelle strutture pubbliche di forme di pagamento dei servizi (*user fee*) da parte degli utenti, alla promozione dei programmi assicurativi, alla privatizzazione dei servizi sanitari e alla decentralizzazione del governo della sanità.

Dobbiamo quindi chiederci quanto potrà durare il nostro servizio sanitario pubblico se le condizioni non cambiano e se la sua sostenibilità sembra poter dipendere solo da un secondo pilastro privato sanitario che i nostri politici presentano come unica soluzione...

La buona notizia potrebbe essere che dopo decenni di neoliberismo in sanità le Nazioni Unite insieme all'OMS hanno rilanciato l'ideale di politiche universalistiche con lo slogan "universal health coverage", che gli stati membri si sono ripromessi di raggiungere entro il 2030 come parte degli obiettivi di sviluppo sostenibile. Cosa significa esattamente? Quali sono i punti di forza e quali di debolezza?

Lo slogan delle Nazioni Unite è molto diverso dal messaggio "*health for all*" dell'OMS alla Conferenza di Alma Ata. Le Nazioni Unite fanno infatti riferimento all'obiettivo di garantire a tutti i cittadini una copertura assicurativa sanitaria, attraverso differenti forme di prepagamento sia pubbliche che private, indipendentemente però dalla forza della copertura – il che non significa garantire a tutti i cittadini il diritto alla salute. Per esempio ▶

la Cina si sta avvicinando al 97% di copertura ma è una copertura così poco consistente, in termini di impegno finanziario del governo e anche delle singole persone, che copre solo alcuni servizi sanitari e ospedalieri. L'assicurazione non copre le cure primarie, assai poco sviluppate soprattutto nelle regioni rurali, dove il sistema sanitario è meno sviluppato e minori sono i finanziamenti. Quindi, sebbene la copertura assicurativa sia offerta a quasi tutta la popolazione, persistono le disuguaglianze nell'assistenza sanitaria tra aree urbane e le aree rurali più povere. Il messaggio delle Nazioni Unite è d'effetto, ma ha poco impatto e poca speranza di avere un peso politico nelle scelte dei paesi. Siamo ancora lontani dal modello universalistico basato sul principio della salute come diritto proposto in Gran Bretagna da William Beveridge nel 1942 ed entrato in vigore nel 1948 con l'istituzione del servizio sanitario nazionale, che storicamente si è rivelata la soluzione migliore. Il protagonista di questo modello è uno Stato che finanzia, programma e gestisce i servizi sanitari nella loro interezza, dalla prevenzione alla cura fino alla riabilitazione.

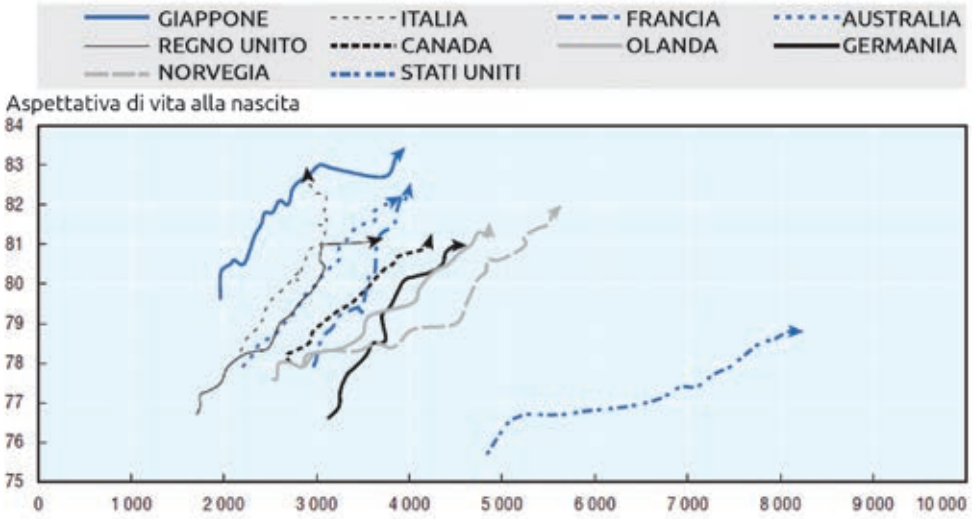
Il principio dell'universalità dell'assistenza pubblica e dei servizi sanitari come diritto di tutti i cittadini è ancora oggi sostenibile?

Come ci invita a riflettere Marco Geddes da Filicaia nel suo ultimo libro "La salute sostenibile", la sostenibilità è quella che ciascun paese decide di darsi in termini di valori e di principi. Se si vuole essere fedeli al principio del diritto alla salute, non andrebbe abbandonata la strada dell'assistenza universalistica di Beveridge che il nostro paese ha fatto propria nel 1978 con l'approvazione della Legge 883. Il modello Beveridge è la formula che più rispetta il diritto sociale del cittadino ad avere un buono stato di salute e che garantisce una copertura universale a tutti i cittadini. La sua fonte di finanziamento è il gettito fiscale pubblico e quindi i soldi che i cittadini pagano allo Stato sotto forma di tasse. Quindi la sostenibilità di un sistema sanitario universalistico richiede innanzitutto una fedeltà fiscale da parte di tutti i cittadini. In Italia il problema è proprio quello della cultura dell'evasione fiscale, che indebolisce il nostro servizio sanitario pubblico. Continuiamo ad avere dei buoni risultati di salute che sono frutto del sistema universalistico. Per esempio, tra i paesi OCSE l'Italia ha sempre occupato i primi posti nella mortalità evitabile. Tuttavia iniziamo già a sentire gli effetti dei tagli alla sanità pubblica degli ultimi anni: sono in aumento gli anni trascorsi in cattiva salute, è peggiorata l'accessibilità ai servizi pubblici a causa dei lunghi tempi di attesa e dell'elevato prezzo dei ticket. Dobbiamo quindi chiederci quanto potrà durare il nostro servizio sanitario pubblico se le condizioni non cambiano e se la sua sostenibilità sembra poter dipendere solo da un secondo pilastro privato sanitario che i nostri politici presentano come unica soluzione…

Quale funzione dovrebbe avere lo Stato per rispondere in modo equo a una pluralità di bisogni?

Lo Stato non dovrebbe limitarsi a ricoprire il ruolo di regolatore del mercato e delle assicurazioni. Dovrebbe svolgere una funzione di programmazione secondo la formula "la salute in tutte le politiche". Per essere efficace la sanità deve coinvolgere tutte le altre politiche: urbanistiche e ambientali, del welfare, della viabilità e del trasporto, del commercio, della scuola, della cultura e dello sport, eccetera. Per garantire l'equità servono innanzitutto politiche di perequazione economica perché non esiste una lotta contro le disuguaglianze di salute che non abbia alla base una lotta contro le disuguaglianze di reddito.

Aumento aspettativa di vita e della spesa sanitaria
in alcuni dei paesi ad alto reddito, 1995-2015



T
C.S. N.F.

Centro Studi Terapie Naturali e Fisiche

A.M.I.A.R. - TORINO

www.agopuntura.to.it

SCUOLA DI PERFEZIONAMENTO IN AGOPUNTURA

Direttore: Dott. Piero Ettore Quirico
Coordinatore scientifico: Dott. Giovanni Battista Allais

La Scuola di Perfezionamento in Agopuntura C.S.T.N.F. con D.D. n° 288 del 3 maggio 2017 è stata **inserita nell'elenco regionale degli Istituti pubblici e privati accreditati per la formazione delle Medicine non Convenzionali**, come previsto dall'all. A alla DGR n° 19-4764 del 13/03/2017.
La Scuola, attiva dal 1978 e che da dicembre inizierà il suo 40° anno di attività, **è abilitata**, quindi, **a rilasciare ai medici diplomati un attestato per l'iscrizione negli elenchi degli esperti in Agopuntura depositati presso gli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri di tutt'Italia**, avendo l'accreditamento valenza nazionale.
L'attestato è equipollente a quello di un Master Universitario con pari monte-ore.
Il **programma** didattico sviluppa gli aspetti tradizionali e scientifici dell'Agopuntura attraverso un **corso triennale composto da 500 ore di lezioni teorico-pratiche**. Il monte-ore è composto da: 400 ore di lezioni teoriche, 50 ore di esercitazioni pratiche e 50 ore di pratica clinica in regime di tutoraggio presso **8 ambulatori pubblici convenzionati con il CSTNF per la didattica e la ricerca scientifica**.
Il CSTNF è convenzionato con **l'Università di Medicina Tradizionale Cinese di Nanchino** per l'organizzazione di stages di pratica clinica, lo scambio di docenti e la ricerca scientifica.
Tutti i diplomati sono inseriti nel **Registro dei Medici Agopuntori F.I.S.A.**.
In qualità di **Provider ECM n° 820** il C.S.T.N.F. ha finora organizzato **197 edizioni** di eventi ECM.

SEGRETERIA C.S.T.N.F.: C.so Galileo Ferraris 164, 10134 TORINO
Tel. 011.304.28.57 (ore 9-12) - e-mail: info.cstnf@fastwebnet.it

PUNTI DI VISTA

A cura di Laura Tonon
Il Pensiero Scientifico Editore – Think2it

L'universalità declinata all'accesso

Intervista a Gilberto Turati

Scienza delle Finanze, Università Cattolica del Sacro Cuore

Qual è l'elemento debole del nostro Servizio Sanitario Nazionale che ne mina la sostenibilità e l'universalismo?

Penso che i problemi siano due: il primo è la mancanza di chiarezza sulla direzione da intraprendere. La decisione su quanti soldi spendere è una decisione politica ma nel paese ci sono spinte per il taglio delle entrate che mal si conciliano con la rigidità e la probabile evoluzione futura della spesa per la tutela della salute. Su questo serve una sintesi politica da parte del nuovo Parlamento. Il secondo problema però è quali sono le attese rispetto a un sistema universale e come ci si arriva: credo che l'universalità debba essere declinata rispetto all'accesso, non alla salute; e credo che non basti cambiare la Costituzione o accentrare la responsabilità gestionale nelle mani dello Stato per arrivarci. Per esempio, perché si continua a gridare contro il ticket e non ci si interroga sul fatto che sono ancora in pochi quelli che fanno prevenzione pur avendo a disposizione screening gratuiti? Credo sia necessario agire sui comportamenti dei singoli, se non vogliamo che gli sforzi organizzativi dal lato dell'offerta vengano vanificati dal comportamento della domanda.

Un secondo pilastro di finanziamento (assicurazioni o fondi sanitari) è una valida soluzione per contenere la spesa sanitaria e ridurre la spesa *out-of-pocket*?

Le assicurazioni o i fondi sono intermediari. E l'esperienza degli Stati Uniti dimostra che un sistema basato su un terzo pagante, quali le assicurazioni, potrebbe aumentare la spesa e non ridurla, a causa del fenomeno del comportamento opportunistico dei medici. In Italia ne parliamo perché da un lato storicamente la nostra spesa privata è quasi interamente *out-of-pocket* e dall'altro ci aspettiamo un aumento della spesa privata stessa a causa dei problemi finanziari del sistema pubblico. Ma per quello che ho detto prima è un modo sbagliato di porre la questione: è urgente che la politica dia una risposta chiara di dove vuole andare col sistema pubblico. In base a quella risposta potremo discutere se ha senso o meno espandere l'attività di intermediazione della spesa privata. Certo, la spesa che è oggi *out-of-pocket* potrebbe già essere intermediata: è spesa per farmaci e per diagnostica e servirebbe qualche assicuratore disposto a coprire questi rischi.

Abbiamo delle dimostrazioni (o esempi) che un sistema sanitario misto sia in grado di garantire una più adeguata risposta ai bisogni di salute in termini di efficienza, efficacia ed equità? Quale potrebbe essere una valida soluzione alternativa alla formula dell'universalismo sanitario?

Il nostro è già oggi un sistema "misto": chi preferisce non passare dal sistema pubblico può già oggi farlo. E la spesa privata testimonia che c'è chi lo fa comprando servizi che offre il SSN gratuitamente (o con una compartecipazione al costo). Il problema da porsi è se un cittadino lo fa perché preferisce fare così (e allora sono fatti suoi in un'economia di mercato ed è bene che ci possa essere la scelta) oppure se è in qualche misura "obbligato" a passare dal pubblico al privato. Questo è un problema soprattutto per la diagnostica e le liste d'attesa. Le liste sono un problema per le prestazioni urgenti, non per la routine. Ma se il medico prescrittore identifica la prestazione come urgente il SSN risponde.

Con quali azioni lo Stato e il Sistema sanitario potrebbero prevenire una crescita della spesa sanitaria nel lungo periodo senza ridurre la qualità dei servizi?

Con una azione seria e incisiva di revisione della spesa, avendo in mente che agli sforzi che si faranno non corrisponderanno risultati eclatanti. In un passato recente si è lavorato per esempio sul miglioramento del ciclo degli acquisti e si sono ottenuti "risparmi" che sono stati reinvestiti nel settore. Risultati ancora migliori si otterranno se invece che fissare solo i prezzi di riferimento investiamo anche sul personale delle Aziende, non sempre in grado di gestire le procedure di gara, e se estendiamo la revisione della spesa anche alle altre componenti. Certo, bisogna evitare le schizofrenie: se, a parità di qualità, risparmiamo sul contratto della mensa è possibile che la conseguenza sia il licenziamento di un cuoco da parte dell'impresa fornitrice. Questo vuol dire migliorare in efficienza: quel cuoco lì non era necessario e dovrà trovare un impiego da qualche altra parte nel sistema economico. Se non ci piace, andiamo avanti come prima, smettendo però con la tiritera che dobbiamo fare la spending review.

Una diversa politica dei farmaci potrebbe contenere la crescita della spesa? E il potenziamento delle cure primarie?

I farmaci sono una delle chiavi per vedere gli effetti dell'innovazione tecnologica sul settore; e la tecnologia costa ma migliora spesso l'efficacia delle cure. Qui il tema sul quale lavorare per contenere la spesa mi sembra proprio la valutazione dell'efficacia terapeutica rispetto al costo delle cure. Ci sono evidenze di cure da milioni di euro a paziente che portano a benefici molto limitati in termini di salute: il SSN si deve porre il problema e capire dove e come fissare i paletti. Sono scelte tragiche ma non possiamo nascondere la testa sotto la sabbia. Le cure primarie devono essere potenziate e da quel potenziamento ci si aspetta un miglioramento dell'accesso ai servizi, soprattutto in termini di appropriatezza, e un miglior utilizzo dell'ospedale come luogo di cura: ce lo diciamo ormai da anni con scarsi risultati, anche per la ritrosia dei medici di medicina generale al cambiamento. Hanno la possibilità di cambiare la loro professione e restano invece ancorati a una visione ormai passata.

In quale misura le azioni anticorruzione e di promozione della trasparenza in Sanità contribuirebbero a salvaguardare la sostenibilità del nostro sistema sanitario e i principi di equità, universalità e gratuità?

La corruzione è la parte più volgare dell'inefficienza: non solo il SSN spreca soldi che potrebbero essere usati meglio, addirittura c'è qualcuno che ci guadagna in modo fraudolento. Ricordiamoci sempre che 100 euro di spesa gonfiata per la corruzione (o l'inefficienza) sono 100 euro in meno per il SSN e avrebbero magari offerto una giornata di vita in più (e forse un sorriso) a un qualche paziente curato dal sistema pubblico.

DA 50 ANNI CURIAMO CHI CURA

IL MEZZO SECOLO DI ATTIVITÀ DEL CCM

comitato collaborazione medica

A cura di Marilena Bertini
Presidente del Comitato Collaborazione Medica – CCM

Nel 1968 un gruppo di giovani torinesi, medici e studenti di medicina, decide di attivarsi affinché il **diritto alla salute** sia garantito a tutti: nasce il **Comitato Collaborazione Medica – CCM**.

Da **50 anni** affianchiamo e formiamo operatori sanitari e di comunità affinché siano in grado di curare e assistere adeguatamente anche chi è nelle situazioni di maggiore povertà e disagio. Il trasferimento delle conoscenze, la crescita delle competenze e delle abilità è da sempre il nostro essere. È lo sforzo primario delle nostre azioni: affinare le loro capacità di rispondere ai bisogni di salute della comunità e alle emergenze dei singoli.

Trasferendo capacità e competenze al personale locale facciamo sì che quando i nostri progetti finiranno, le attività potranno continuare. In quest'ottica, **collaboriamo con le istituzioni locali e le comunità**, rafforzando le strutture sanitarie già esistenti e lavorando al fianco delle persone cercando di individuare insieme problematiche e soluzioni.

Abbiamo scelto di agire così perché riteniamo sia la chiave per uno sviluppo reale e sostenibile.
Promuoviamo fra la popolazione azioni di sensibilizzazione su prevenzione delle malattie (dal lavaggio delle mani alla lotta contro la diffusione dell'HIV/AIDS) e l'utilizzo dei servizi presenti (dall'importanza del parto istituzionale all'organizzazione di sportelli *youth friendly*).

Avere la partecipazione della comunità locale ed essere da essa considerati credibili e affidabili sono presupposti indispensabili affinché le nostre azioni siano efficaci. Possiamo vantare questo legame e questa fiducia grazie a un rapporto che ci lega a loro da molti anni. In Africa siamo in **Burundi, Etiopia, Kenya, Somalia, Sud Sudan e Uganda**, prevalentemente in aree rurali, dove i servizi sono particolarmente scarsi, in alcuni luoghi siamo presenti da oltre 30 anni.

Poniamo particolare attenzione alle **patologie più diffuse e alle fasce più vulnerabili**, le donne e i bambini, per salvare il maggiore numero di vite possibile, con il minor costo possibile.
Per questo promuoviamo l'uso di **tecniche e tecnologie adatte** ai contesti, sostenibili economicamente e nel tempo, nel **rispetto delle culture locali**. Esempi vincenti sono la terapia mamma-canguro per i bambini nati pretermine o sottopeso e l'impiego dei NASG (*non-pneumatic anti-shock garment*) in casi di emorragia post-parto.

Il ***capacity building*** che caratterizza i nostri programmi prevede percorsi formativi formali e non. I primi combinano lezioni teoriche ed esercitazioni pratiche e coinvolgono sia il personale sanitario delle strutture ospedaliere e dei centri di salute sia gli operatori di comunità responsabili della sensibilizzazione e dell'educazione sanitaria nei villaggi. La formazione non formale

si svolge per lo più ***on the job***, attraverso l'azione fianco a fianco di medici e infermieri, volontari internazionali e personale locale. Promuoviamo con convinzione e ottimi risultati il ***task shifting***, cioè l'insegnamento di tecniche sanitarie puntuali (es. il parto cesareo) a personale non medico così che sia in grado di effettuare interventi salva vita anche nelle zone più periferiche dove il personale medico non è disponibile ad andare.

Consideriamo **la salute nella sua complessità** come benessere generale dell'individuo, e per questo collaboriamo con associazioni, istituzioni, aziende che abbiano competenze diverse, capaci di agire sui determinanti della salute (acqua pulita, latrine, microcredito, istruzione ecc.).

In **Italia** ci impegniamo ad **abbattere le barriere culturali e di informazione** che ostacolano l'accesso ai servizi sanitari alle persone più vulnerabili, come i migranti e i nuovi poveri.
Grazie alle conoscenze acquisite in 50 anni di azione in Africa, formiamo gli operatori socio-sanitari affinché comprendano e rispondano ai nuovi bisogni sanitari emergenti, informiamo le comunità su salute e servizi di prevenzione e cura disponibili, partecipiamo alla gestione di ambulatori per persone in difficoltà. Favoriamo inoltre la diffusione di una corretta informazione e l'integrazione con attività nelle scuole e sul territorio.
Utilizziamo le nuove tecnologie per favorire la salute e ne promuoviamo un uso corretto e consapevole. Prepariamo operatori sanitari a missioni nei paesi a basso reddito e formiamo operatori sanitari su competenza culturale, sempre più necessaria per comprendere i bisogni sanitari degli ultimi arrivati.

Per fare tutto questo abbiamo **professionisti** della cooperazione che lavorano con noi, perché la **cooperazione, come anche la salute, è diventata in questi 50 anni più complessa**.
Continuiamo ad avere volontari che lavorano con noi sia in Italia che in Africa. Sono una risorsa estremamente preziosa per il CCM, motivati sul campo e pronti a testimoniare i valori che ci guidano da 50 anni.

Comitato Collaborazione Medica – CCM, via Cirié 32/E – Torino, tel. 011.6602793, www.ccm-italia.org

Trasferendo capacità e competenze al personale locale facciamo sì che quando i nostri progetti finiranno, le attività potranno continuare

Archivio CCM© Alessandro Rocca, Sud Sudan 2011

GARANTIRE IL DIRITTO ALLA CURA TRA CONFLITTI E POVERTÀ

L'ATTIVITÀ DI EMERGENCY NEL MONDO

Ufficio stampa di Emergency

EMERGENCY è un'associazione umanitaria, fondata a Milano nel 1994, per portare aiuto alle vittime civili delle guerre e della povertà. Dalla sua nascita ad oggi è intervenuta in 18 Paesi, costruendo ospedali, centri chirurgici, centri di riabilitazione, centri pediatrici, posti di primo soccorso, centri sanitari, ambulatori e poliambulatori, ambulatori mobili, un centro di maternità e un centro cardiochirurgico. Su sollecitazione delle autorità locali e di altre organizzazioni, EMERGENCY contribuisce anche alla ristrutturazione e all'equipaggiamento di strutture sanitarie già esistenti.

Attualmente EMERGENCY è presente in **Afghanistan, Iraq, Sudan, Repubblica Centro Africana, Sierra Leone e Italia**; nel febbraio 2017 inoltre è stata posata la prima pietra di quello che sarà il nuovo Centro di eccellenza in chirurgia pediatrica di EMERGENCY in Uganda, un centro pediatrico in uno dei Paesi in cui la mortalità infantile è tra le più alte al mondo.

OSPEDALI, FORMAZIONE, ASSUNZIONI

In EMERGENCY crediamo che **essere curati** sia un **diritto umano fondamentale** e che, come tale, debba essere riconosciuto a ogni individuo. Perché le cure siano veramente accessibili, devono essere completamente gratuite; perché siano efficaci, devono essere di alta qualità.

Per questo costruiamo gli ospedali dove lavoriamo: **costruiamo ospedali** in cui noi stessi faremmo curare le persone che ci stanno a cuore. Dotiamo ogni ospedale di un giardino, di spazi gioco per i bambini e luoghi di aggregazione; i nostri ospedali sono belli, oltre che funzionali, perché la bellezza riconosce rispetto e dignità. Utilizziamo inoltre **fonti energetiche alternative** e soluzioni ecologiche per lo smaltimento dei rifiuti. Questo ci consente di contenere i costi di manutenzione e rispettare l'ambiente.

In tutti gli ospedali di EMERGENCY, la **formazione** è un obiettivo fondamentale. Lezioni teoriche e pratiche permettono ai medici di EMERGENCY di condividere conoscenze ed esperienza con lo staff locale, favorendo la crescita professionale e la loro autonomia.
Nelle **assunzioni del personale** ausiliario inoltre EMER-

Fotografia di: Archivio EMERGENCY

GENCY dà la precedenza alle **fasce più svantaggiate della popolazione**, come vedove, amputati e vittime di guerra, in modo da reintegrare nella società chi riporta sul proprio corpo le conseguenze della guerra e contribuire all'**autosufficienza** di Paesi dilaniati dai conflitti armati.

costruiamo ospedali in cui noi stessi faremmo curare le persone che ci stanno a cuore

IL PROGRAMMA ITALIA

Da circa 12 anni, EMERGENCY opera anche in Italia. L'articolo 32 della nostra Costituzione riconosce la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della comunità, garantendo cure gratuite agli indigenti. Ciononostante, nel 2016, 12,2 milioni di persone hanno rinunciato alle cure mediche per ragioni economiche. 1 persona su 4 in Italia è a rischio povertà o esclusione sociale (fonte CENSIS - RBM); migranti, stranieri e sempre più italiani si trovano in condizioni di vulnerabilità e spesso ignorano l'esistenza di servizi socio-sanitari o non vi hanno accesso.

Per questo nel 2006 abbiamo iniziato a lavorare in Italia con un primo ambulatorio a **Palermo**, dove tuttora offriamo cure mediche completamente gratuite a chiunque ne abbia bisogno. Oggi gli ambulatori di EMERGENCY sono anche a **Marghera, Polistena, Napoli, Castel Volturno e Sassari**, ai quali si aggiunge lo Sportello di orientamento socio-sanitario di **Brescia**. Dal 2011, inoltre, EMERGENCY ha allestito anche delle unità mobili che hanno offerto assistenza socio-sanitaria gratuita in **Puglia, Emilia Romagna, Sicilia, Campania, Basilicata, Calabria, Lombardia, Abruzzo, Marche e Lazio**.

Dall'inizio del progetto ad oggi EMERGENCY in Italia ha effettuato oltre 291.286 prestazioni su italiani e stranieri, senza discriminazioni. Nel 2017 la nazionalità più presente tra i nostri pazienti è stata quella nigeriana (17%), al secondo posto gli italiani, che sono oltre il 7%.

I nostri ambulatori offrono gratuitamente **servizi di medicina di base e specialistica e orientamento socio-sanitario** per facilitare l'accesso al Servizio Sanitario a chi ne ha bisogno. I mediatori culturali informano i pazienti sui loro diritti, li aiutano ad accedere ai servizi del Servizio Sanitario Nazionale, li accompagnano in caso debbano sottoporsi a visite o esami specialistici presso le strutture pubbliche, si occupano delle pratiche per il rilascio dei codici Stp (Straniero temporaneamente presente) ed Eni (Europeo non iscritto) che garantiscono agli stranieri e ai cittadini neo comunitari l'accesso al Servizio sanitario pubblico.

Per facilitare l'accesso alle cure alle fasce più vulnerabili della popolazione, fin dal 2011 abbiamo attivato diversi ambulatori e unità mobili che lavorano **nelle aree agricole, nelle periferie urbane, nei campi profughi e in aree colpite da catastrofi naturali**. Si tratta di ambulatori allestiti su mezzi motorizzati, che ci consentono di rendere il nostro servizio più capillare possibile; grazie alle strutture mobili, siamo infatti in grado di raggiun- ▶

gere aree isolate in cui non esistono presidi medici e di muoverci, anche nei contesti urbani, nei quartieri in cui il nostro intervento è più necessario. Gli ambulatori mobili inoltre ci permettono di coprire nello stesso giorno aree diverse all'interno della stessa città o provincia.

I Polibus sono due autobus dotati di aree adibite ad ambulatorio, a sala per l'accoglienza e a spazio d'attesa. Simile ma più grande è il Politruck, allestito su un camion. Su questi mezzi, come in tutte le nostre strutture, offriamo gratuitamente servizi di medicina di base e orientamento socio-sanitario e sono presenti mediatori culturali che informano i pazienti e li aiutano ad accedere al Servizio Sanitario Nazionale. Tutti gli interventi degli ambulatori mobili sono svolti **in collaborazione con le Autorità Sanitarie locali**.

A seguito del terremoto che ha colpito l'Italia centrale nell'estate 2016, uno dei Polibus sta lavorando nell'area, fornendo **assistenza infermieristica e psicologica** in alcuni territori del teramano gravemente colpiti dal disastro naturale: Amatrice, Castelli, Nerito e Montorio al Vomano. A inizio marzo 2018, un secondo team ha iniziato a lavorare in provincia di Macerata, a Camerino, Muccia, Pieve Torina e Visso. Un altro Polibus sta lavorando nella provincia di Latina, dove offre un servizio di orientamento socio-sanitario e assistenza medica di base alle fasce più deboli della popolazione, principalmente alla comunità di migranti Sikh che arrivano dalla regione indiana del Punjab: si tratta di circa 30.000 lavoratori impiegati in agricoltura e nell'allevamento nella provincia di Latina, in condizioni di pesante sfruttamento. Il Politruck è invece operativo in alcune aree di Milano dove degrado e marginalità sono elevati. Un'altra unità mobile è attiva nel casertano, un'area con un'alta concentrazione di donne, in prevalenza nigeriane, vittime di tratta. Qui EMERGENCY porta avanti un progetto di informazione e prevenzione rivolto alle sex worker. "Articolo 10", invece, è un dispositivo mobile a disposizione del nostro team impegnato ad accogliere i migranti che sbarcano in Sicilia. La struttura staziona nel piazzale antistante l'hotspot di Pozzallo e offre servizi di medicina di base, orientamento socio-sanitario e supporto psicologico.

CURE DI ECCELLENZA IN AFRICA

Perseguendo l'obiettivo primario di portare ovunque cure di qualità, nel 2009 EMERGENCY ha dato il via alla creazione dell'**ANME (African Network of Medical Excellence)**, una rete sanitaria d'eccellenza in Africa, con l'obiettivo di promuovere in Africa la costruzione di centri medici di eccellenza. Principi fondanti dell'ANME sono la gratuità e l'eccellenza della cura, principi che la

Fotografia di: Alessandro Rota

Fotografia di: Marco Affanni

stessa EMERGENCY porta avanti quotidianamente con il suo lavoro. Oltre a garantire alti standard clinici nei propri ospedali, anche attraverso la Rete ANME, EMERGENCY promuove la formazione di personale sanitario locale qualificato, lo sviluppo della ricerca e dei sistemi sanitari locali.

Il progetto ANME parte dell'esperienza del **Centro Salam di cardiochirurgia** di EMERGENCY in Sudan. Il Centro Salam offre assistenza altamente qualificata a pazienti affetti da patologie congenite e acquisite di interesse chirurgico. Il Centro è tuttora l'unico ospedale di cardiochirurgia totalmente gratuito in un'area abitata da oltre 300 milioni di persone e ha curato ad oggi pazienti provenienti da 28 Paesi. Il personale internazionale segue inoltre la formazione dello staff medico locale per garantire alti standard di cura e incrementare la professionalità dello staff sudanese.

Il Centro ha origine da un'idea semplice: mettere in pratica un nuovo modello di intervento nei Paesi in via di

EMERGENCY INFOPOINT TORINO

uno spazio, aperto a tutti, un punto di riferimento per i sostenitori di EMERGENCY e per chiunque voglia conoscere le attività dell'associazione. Un laboratorio di idee e cultura dove, oltre a trovare tutti i gadget di EMERGENCY, è possibile partecipare a moltissime iniziative.

Corso Valdocco, 3 - Torino
Tel:011 454 6456
Email: emergencypoint.torino@emergency.it
Per info sugli eventi:
https://www.facebook.com/pg/emergency.infopoint.torino/

sviluppo, che consideri fondamentali non solo la sanità di base e gli interventi di emergenza ma anche cure a elevata specializzazione come la cardiochirurgia. I pazienti operati al Centro Salam soffrono soprattutto di patologie valvolari di origine reumatica, la cui incidenza è molto alta nei giovani: il 56% dei nostri pazienti ha meno di 26 anni.

Fotografia di: Victor J. Blue

Fotografia di: Francesco Pistilli

A febbraio 2017, abbiamo iniziato i lavori per la realizzazione del **Centro di eccellenza in chirurgia pediatrica** che sorgerà a Entebbe, sulle rive del Lago Vittoria, in Uganda e sarà la seconda struttura della rete ANME dopo il Centro Salam. La necessità di questo centro è stata evidenziata anche dai ministri della Salute africani che fanno parte dell'ANME e dal Governo ugandese, che ha deciso di partecipare attivamente al progetto, donando ad EMERGENCY il lotto di terreno dove sarà costruito il Centro.

L'ospedale offrirà cure gratuite e sarà un centro di riferimento per i pazienti ugandesi e per i bambini con necessità chirurgiche provenienti da tutta l'Africa. A questo scopo potrà contare su 3 sale operatorie e 78 posti letto e sarà anche un **centro di formazione per giovani dottori e infermieri** provenienti dall'Uganda e dai Paesi circostanti. L'edificio sarà costruito in terra pisé, una tecnica di costruzione tradizionale che utilizza la terra cruda garantendo un'inerzia termica che consentirà di mantenere costanti la temperatura e l'umidità nell'edificio. Il progetto riserva inoltre un'attenzione particolare agli aspetti ambientali: il centro avrà un impianto di circa 2600 pannelli solari fotovoltaici in copertura che ne soddisferanno l'intero fabbisogno energetico.

"Renzo Piano Building Workshop" ha disegnato l'ospedale in collaborazione con lo studio Tamassociati, con la progettazione strutturale di Milan ingegneria e la progettazione impiantistica di Prisma engineering. Nel corso del 2017 i lavori sono proseguiti come da programma: abbiamo scavato le fondamenta e iniziato i primi lavori di elevazione dell'edificio.

IL RAPPORTO MEDICO-PAZIENTE NELLA MEDICINA GENERALE EUROPEA:

OLANDA E GRAN BRETAGNA IN TESTA

La tecnica specifica di comunicazione medico-paziente gode ormai di una letteratura vastissima: il testo più recente è di quattro anni fa e riporta in bibliografia oltre 500 voci. È un peccato che questo aspetto professionale non sia stato esplorato nello stesso modo anche in Italia

Intervista ad Aldo Lupo
Presidente UEMO

A cura dello staff comunicazione Uemo

Aldo Lupo, medico di famiglia, è Presidente della UEMO: acronimo francese che identifica l'Unione dei medici di famiglia europei. Questa organizzazione rappresenta attualmente oltre 400 mila medici di famiglia attivi in 23 Paesi del nostro continente e dal 1992 gode dello status di organo consultivo non governativo del Consiglio d'Europa (UE). Il Dott. Lupo, che rivestirà questa carica sino al 31 dicembre dell'anno in corso, fa anche parte del Comitato Tecnico Scientifico (CTS) della Regione Piemonte che gestisce la Formazione specifica in Medicina Generale nella nostra regione. La sua attività culturale, esercitata nell'ambito della Medicina Generale e più in generale in ambito sanitario, gli ha permesso di acquisire molte conoscenze sulle differenze tra la situazione italiana e quella presente in altri paesi stranieri, soprattutto europei, a partire proprio dal modo in cui si articola il rapporto medico-paziente, segnatamente nell'ambito sanitario che viene anche definito come Medicina di Famiglia.

Dott. Lupo, quali sono le differenze più importanti nel rapporto medico-paziente all'interno della Medicina Generale dei diversi sistemi sanitari dei Paesi che sono rappresentati in UEMO?

Il rapporto medico-paziente presente nella Medicina Generale cambia per motivi strutturali legati alla natura del servizio sanitario. Quelli ad accesso universalistico come il nostro, identificano nel medico di famiglia la figura del *"gate-keeper"* [regolatore all'accesso ai servizi – N.d.R.], ma soprattutto il titolare di una lista di assistiti che rimangono con il/la professionista fin quando è attivo il rapporto di fiducia col medico. I sistemi sanitari su base assicurativa (derivati dal modello Bismarck) tendono invece a garantire, senza un filtro [*gate-keeper* – N.d.R.], l'accesso diversificato al medico che avviene in base all'esigenza medica da soddisfare: in alcuni modelli stranieri è possibile addirittura accedere alle prestazioni specialistiche senza invio da parte del medico di famiglia. Questo provoca la mancanza di un aspetto fondante della Medicina di Famiglia: la continuità del rapporto con l'assistito. Bisogna anche ricordare che la letteratura scientifica identifica in questo rapporto un fattore preventivo di ospedalizzazioni improprie.
Al di là di queste differenze di base, in ogni sistema sanitario il singolo rapporto medico-paziente può avere più caratteristiche di tipo formale codificato o può essere lasciato mag-

giormente all'iniziativa professionale del medico. La praticabilità di un approccio rispetto all'altro è anche fatalmente in sintonia con la cultura del Paese in cui la Medicina di Famiglia è esercitata ed è in funzione della formazione professionale ricevuta.

Da un punto di vista culturale quali sono, nella UEMO, le differenze più significative registrabili nel rapporto medico-paziente?

Le differenze si manifestano soprattutto all'interno dei diversi compiti affidati ai medici di famiglia nei Paesi UEMO. Per esempio in Italia, Slovenia e Croazia la Pediatria è affidata ai pediatri di libera scelta; negli altri Paesi l'assistenza sanitaria al bambino è invece affidata al medico di famiglia: quindi la sua figura è vissuta come pediatra di primo livello, e lo specialista diventa di fatto il pediatra di secondo livello per il bambino. Lo stesso discorso può essere fatto per la gravidanza. In alcune nazioni la gestazione è seguita dal medico di famiglia fino all'eventuale parto in casa, come avviene in Olanda. Ovviamente la continuità di assistenza medica di base "dalla culla alla tomba" non può che facilitare il medico di famiglia nello svolgere il compito di tutela della salute verso il proprio assistito.

In Italia da tempo è in continua crescita l'attenzione nei confronti della qualità di questo rapporto che viene ritenuto strategico sia in Medicina che in Sanità; e così anche negli altri Paesi UEMO?

Si può dire che questa attenzione sia una caratteristica comune e di sicuro lo è nella maggior parte dei Paesi aderenti alla UEMO. C'è tuttavia meno attenzione da parte del sistema sanitario verso questo aspetto quando il medico percepisce uno stipendio: se il medico viene pagato a ore è fatale che il rapporto personale con gli assistiti non sia paragonabile con quello che esiste nei sistemi in cui il medico viene retribuito "a notula" (a prestazione) o a "quota capitaria", come avviene da noi.

La qualità del rapporto medico-paziente è anche frutto di una capacità di comunicazione ritenuta per troppo tempo, almeno in Italia, come una dote innata e non come una tecnica da insegnare e imparare. Negli altri Paesi europei dell'area UEMO è anche così?

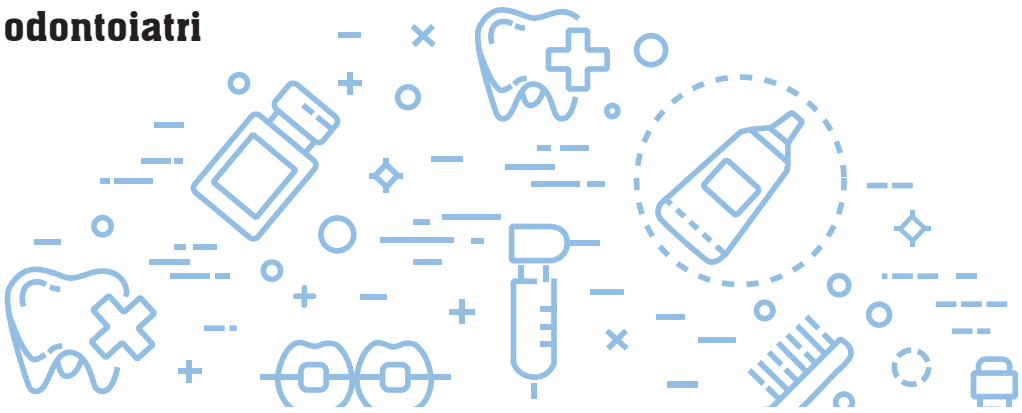
È difficile comporre un quadro attendibile relativo all'uso dell'abilità comunicativa da utilizzare nella professione di medico di famiglia. Di sicuro posso dire che nella realtà sanitaria europea rappresentata in UEMO, sia nel modello olandese che è tipo Bismarck e quindi prevalentemente assicurativo, sia in quello britannico che è di tipo Beveridge e quindi ad accesso universalistico, questa capacità viene tenuta in considerazione già a partire dal livello formativo. Ma è soprattutto nella formazione relativa alla medicina di famiglia in Gran Bretagna che la capacità di comunicare con l'assistito è oggetto di una valutazione qualitativa finale al termine del percorso formativo.
D'altronde la tecnica specifica di comunicazione medico-paziente gode ormai di una letteratura vastissima: il testo più recente è di quattro anni fa e riporta in bibliografia oltre 500 voci. È un peccato che questo aspetto professionale non sia stato esplorato nello stesso modo anche in Italia. Forse come latini abbiamo una certa capacità innata di comunicare che però potrebbe non essere sufficiente in un contesto professionale dove la comunicazione non è soltanto espressione di buona educazione ma deve essere uno strumento tecnico.

Nell'ambito UEMO, esiste una classifica del rapporto che lega la capacità comunicativa medico-paziente al raggiungimento di livello di appropriatezza auspicato all'interno di un sistema sanitario?

Viene generalmente assunto come implicito che questa capacità comunicativa esista e sia praticata, anche se raramente la si formalizza in norme, abitudini e formazione. Esiste però una difficoltà oggettiva ad individuare la causa dei buoni risultati registrati in Sanità.
Il buon stato di salute degli italiani, ad esempio, è in testa alle classifiche mondiali: ma chi può dire con sicurezza quanto conti il livello di qualità dei servizi sanitari nel determinare quel risultato e quanto siano determinanti la qualità ambientale e le abitudini alimentari e di vita praticate nel nostro Paese?
Certamente una migliore qualità del rapporto medico-paziente non può che portare ad miglioramento dell'appropriatezza in ambito sanitario, soprattutto quando è coniugata con… un idoneo livello di finanziamento del sistema.

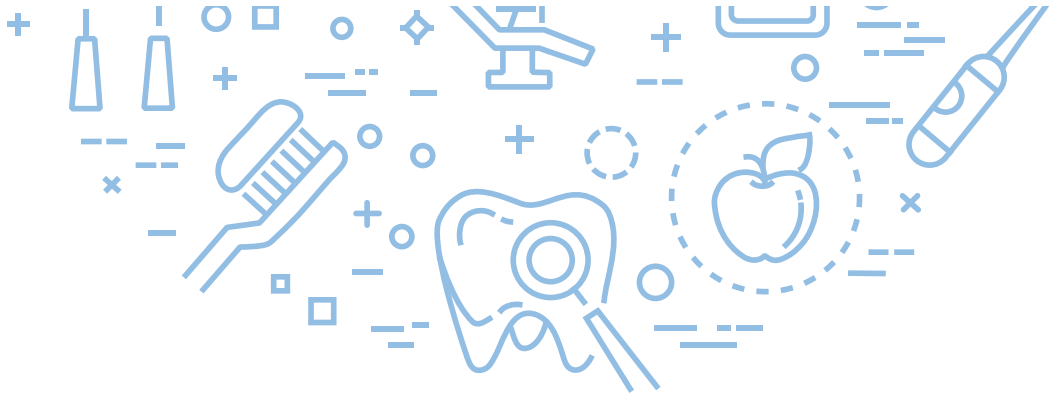
In quali Paesi UEMO il rapporto medico-paziente migliora in modo significativo il livello di appropriatezza sanitario?

Di sicuro l'Olanda e il Regno Unito perché hanno anche il miglior modello di didattica per questa tecnica di comunicazione professionale.



COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI:

LA SALVAGUARDIA DELLA PROFESSIONE PER LA SALUTE DEL CITTADINO



Intervista a GIANLUIGI D'AGOSTINO

Presidente CAO Torino - componente CAO nazionale - Tesoriere FNOMCeO

a cura di Patrizia Biancucci

Consigliere OMCeO Torino

Dott. D'Agostino, che cos'è la CAO?

La CAO, Commissione Albo Odontoiatri, è l'organo istituzionale che, all'interno all'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri, gestisce, regolamenta e disciplina l'Albo degli esercenti la professione di Odontoiatra. Dotata di autonomia patrimoniale e finanziaria, è sottoposta alla vigilanza del Ministero della Salute. In pratica l'attività della CAO inizia dall'iscrizione all'albo professionale, una volta valutati i titoli sufficienti e necessari per procedere, per poi estendersi al controllo sui comportamenti dei colleghi: nello specifico il rispetto del Codice Deontologico e il continuo aggiornamento per fornire ai pazienti il servizio adeguato. Dunque la salvaguardia della professione per la garanzia della salute del cittadino.

Quali i rapporti all'interno dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri?

All'interno dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri esistono due Albi: l'Albo dei Medici e l'Albo degli Odontoiatri. L'organo che dirige è il Consiglio dell'Ordine dei Medici che, a Torino, è formato da 15 medici e da 3 odontoiatri, così da rappresentare entrambe le componenti. Per quanto riguarda gli odontoiatri, la Commissione Albo Odontoiatri è composta ad oggi da 5 componenti. Nel nostro Ordine di Torino e provincia, i rapporti fra la componente medica e la componente odontoiatrica sono ottimi, tanto è vero che alle riunioni dell'Esecutivo dell'Ordine, con presidente, vicepresidente, segretario e tesoriere, partecipa anche il presidente della CAO.
Ma ciò che al momento è affidato al buon senso, alla visione politica e alla capacità di Guido Giustetto come presidente dell'Ordine dei Medici, da domani sarà invece definito dalla legge Lorenzin, che chiarisce esattamente quali sono gli Ordini delle professioni sanitarie, ne definisce i compiti e la propria autonomia.

Quali novità ci attendono con la legge Lorenzin?

Le maggiori novità, per quanto riguarda una provincia come Torino che conta quasi 3000 dentisti iscritti, saranno il maggior numero di componenti della commissione odontoiatri che passa da 5 a 7, la reale autonomia finanziaria ed economica, la rappresentanza esponenziale del presidente della commissione. La legge è stata emanata nel gennaio 2018, ma saranno i decreti attuativi, lo statuto e il regolamento a definire nei dettagli il funzionamento di ogni albo all'interno del proprio ordine. La preparazione dei decreti attuativi, che verranno emanati nei prossimi sei mesi, è affidata al Ministero della Salute in collaborazione con le diverse Federazioni di Ordini delle professioni sanitarie. Per i medici quindi interviene direttamente il Comitato Centrale della FNOMCeO in cui la componente odontoiatrica è rappresentata dal presidente CAO nazionale, dal tesoriere della FNOMCeO (un odontoiatra, vale a dire il sottoscritto) e i tre eletti nella commissione nazionale.

La nostra volontà è quella di cambiare il tipo di rapporto esistente fra la CAO nazionale e quelle provinciali. Riteniamo sia arrivato il momento di affrontare le decisioni inerenti la professione con un atteggiamento che dovrà essere di condivisione e di consultazione con tutte le province, comprese le più piccole

Che cosa sono le Commissioni ordinistiche e in particolare la Commissione Giovani Odontoiatri?

Le Commissioni ordinistiche sono 'organismi satellite' con funzione di supporto al Consiglio dell'Ordine, in cui vengono rappresentati sia medici sia odontoiatri che lavorano durante il triennio, come ad esempio Sicurezza sul lavoro ed Etica e Deontologia. Alcune commissioni sono di coordinamento odontoiatrico, come Pubblicità e Abusivismo e Vidimazione delle parcelle. L'unica composta da soli odontoiatri è la Commissione Giovani Odontoiatri, costituita per sentire la voce dei giovani e per avvicinarli all'Istituzione a cui appartengono.

Prevedete una sorta di continuità rispetto alla vecchia CAO? E quali gli elementi di discontinuità riguardo i rapporti tra CAO nazionale e CAO provinciali?

A fine gennaio di quest'anno, le elezioni nazionali che si sono svolte tra tutti i presidenti provinciali hanno portato ad un notevole cambio della CAO Nazionale. Alla presidenza di Renzo, durata 23 anni, è subentrata quella di Raffaele Iandolo (Avellino) e della sua squadra formata da Pollifrone (Roma), Nisio (Bari), Paschina (Trieste) e me, successivamente eletto Tesoriere FNOMCeO. La nostra volontà è quella di cambiare il tipo di rapporto esistente fra la CAO nazionale e quelle provinciali. Riteniamo sia arrivato il momento di affrontare le decisioni inerenti la professione con un atteggiamento che dovrà essere di condivisione e di consultazione con tutte le province, comprese le più piccole. In una ▶

Sono previsti incontri con le associazioni di investitori e con quelle che riuniscono diverse catene di studi odontoiatrici. Questo non vuol dire condividere il loro modo di intendere la professione, ma porre dei paletti per chiarire che noi la intendiamo come salvaguardia della salute del cittadino e tutela delle condizioni minime in cui far lavorare i nostri giovani colleghi

fase storica in cui si sta discutendo una legge fondamentale per la professione come la Lorenzin, e in cui si definiscono quali siano i parametri delle Società Scientifiche che dovranno tracciare le Linee Guida, non è possibile pensare che chi si siede ai tavoli tecnici del Ministero non abbia prima ricevuto e condiviso le opinioni degli altri presidenti.

CAO e attuale panorama odontoiatrico fatto di Studi tradizionali, StP, Catene, Low-cost, SRL, Aziende sempre più spregiudicate: pensate di stare al passo con il cambiamento e di diventare interlocutori di ognuno?

Siamo in un momento in cui la professione deve affrontare il problema delle Società commerciali che esercitano una concorrenza, secondo noi sleale, le rappresentanze Odontotecniche che cercano visibilità, in un Paese come il nostro in cui è preoccupante il fenomeno dell'abusivismo, le Società tra Professionisti, nuovo tipo di organizzazione dello studio professionale, e soprattutto lo sfruttamento dei giovani colleghi che non possono essere abbandonati a se stessi.
In un panorama odontoiatrico che presenta ormai diverse figure imprenditoriali e molteplici opzioni per esercitare la professione, è nostra volontà diventare interlocutori di ognuna di queste componenti. Sono previsti incontri con le associazioni di investitori e con quelle che riuniscono diverse catene di studi odontoiatrici. Questo non vuol dire condividere il loro modo di intendere la professione, ma porre dei paletti per chiarire che noi la intendiamo come salvaguardia della salute del cittadino e tutela delle condizioni minime in cui far lavorare i nostri giovani colleghi.

Albi CTU: è prevista la collaborazione delle CAO provinciali con i Tribunali di competenza?

È pronto un documento che raffigura separatamente le condizioni di medico e di odontoiatra nell'ambito dei Tribunali. Questo documento sarà formalmente presentato al CSM e chiarirà definitivamente che esistono due professione distinte, quella del medico e quella dell'odontoiatra, necessariamente iscritti in albi separati di CTU e Periti.

Il Consiglio Superiore di Sanità è sprovvisto della componente odontoiatrica: pensate di colmare questa lacuna?

Non appena avremo distinto la nostra professione da quella dei medici, troveremo il modo di essere rappresentati nel Consiglio Superiore di Sanità.

L'APPROPRIATEZZA SI PUÒ DEFINIRE PER LEGGE?

UNA SURVEY SUL "DECRETO LORENZIN" TRA I MEDICI DI MEDICNA GENERALE

Anna Castiglione[1], Giovannino Ciccone[1], Marta Alesina[2], Ottavio Davini[3]

[1] *SSD Epidemiologia Clinica e Valutativa - CPO, AOU Città della Salute e della Scienza di Torino*

[2] *Medico in Formazione Specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università di Torino*

[3] *SC Radiologia 2, AOU Città della Salute e della Scienza di Torino*

Nota: Questo articolo è frutto di una survey proposta dalla "Commissione promozione e appropriatezza delle cure" (triennio 2015-2017), costituita da: Ottavio Davini (coordinatore), Marta Alesina, Giuseppe Carannante, Maria Pia Chianale, Giovannino Ciccone, Carlo Franco, Francesca Manzieri, Giulio Mengozzi, Gianfranco Miotto, Giuseppe Palena, Roberto Pavese, Paolo Perna, Emanuele Stramignoni, Paola Stroppiana.

Da tempo, il tema dell'(in)appropriatezza prescrittiva è oggetto di un acceso dibattito a livello nazionale e internazionale. Secondo il report del WHO del 2010, l'ammontare delle prestazioni non appropriate – cioè che non recano alcun beneficio ai pazienti – corrisponde a circa il 20-40% della spesa sanitaria mondiale[1].

Nel 2010, sono stati pubblicati su riviste scientifiche diversi articoli che pongono al centro del dibattito scientifico la necessità di migliorare le scelte sanitarie[2-3]- e nel 2012 è stata lanciata negli Stati Uniti l'iniziativa Choosing Wisely[4] (www.choosingwisely.org) che ha come principale obiettivo la promozione del dialogo tra medici e pazienti, aiutando i pazienti a scegliere le cure che sono: 1) supportate da evidenze scientifiche; 2) non il duplicato di altri test o procedure già ricevute; 3) veramente necessarie. Analoghe iniziative sono state promosse anche in Italia: il movimento Slow Medicine, in particolare, nel dicembre del 2012 ha lanciato il progetto "Fare di più non significa fare meglio" (https://www.choosingwiselyitaly.org/index.php/it/il-progetto) con un coinvolgimento delle società scientifiche che dovevano impegnarsi ad individuare alcune pratiche (esami e trattamenti) a rischio di inappropriatezza, allo scopo di discutere con i pazienti benefici e rischi associati a tali pratiche e aiutarli a decidere nel modo migliore.

Dal punto di vista normativo, il decreto del 2015, detto anche decreto "Lorenzin", e la seguente circolare applicativa, hanno rappresentato, al netto del giudizio sul merito e sul metodo, una svolta, identificando prescrizioni non appropriate "ex lege" che hanno determinato una vasta eco e molteplici prese di posizione nel mondo professionale.

Per approfondire quali siano stati, nel periodo di vigenza, gli effetti del Decreto nella pratica quotidiana e, più in generale, la percezione di professionisti e cittadini relativamente al tema dell'appropriatezza prescrittiva, l'Ordine dei Medici di Torino, attraverso la Commissione sull'appropriatezza e la qualità delle cure, ha condotto uno studio su un campione random di 400 medici di medicina generale (MMG), rappresentativo di tutti quelli attivi nella provincia di Torino nel 2016.

A tutti i medici del campione è stata inviata una email da parte dell'OdM con una descrizione dell'indagine e la richiesta di rispondere ad un breve questionario on line (anonimo). La rispondenza è stata piuttosto bassa (21,8%), ma le caratteristiche degli 87 rispondenti per diverse caratteristiche (sesso, età, ASL, numero di assistiti, modello organizzativo) non sembra molto distorta rispetto al campione iniziale. Una rispondenza al questionario un po' inferiore alla media è stata rilevata per i medici con meno di 1000 assistiti (15%) e leggermente superiore tra quelli con meno di 50 anni (25,5%).

Al momento dell'indagine oltre l'80% dei rispondenti dichiarava di aver letto il decreto e la circolare, 15 MMG (17,2%) di essersi informati leggendo i commenti a riguardo e un solo medico di non essere a conoscenza del Decreto.

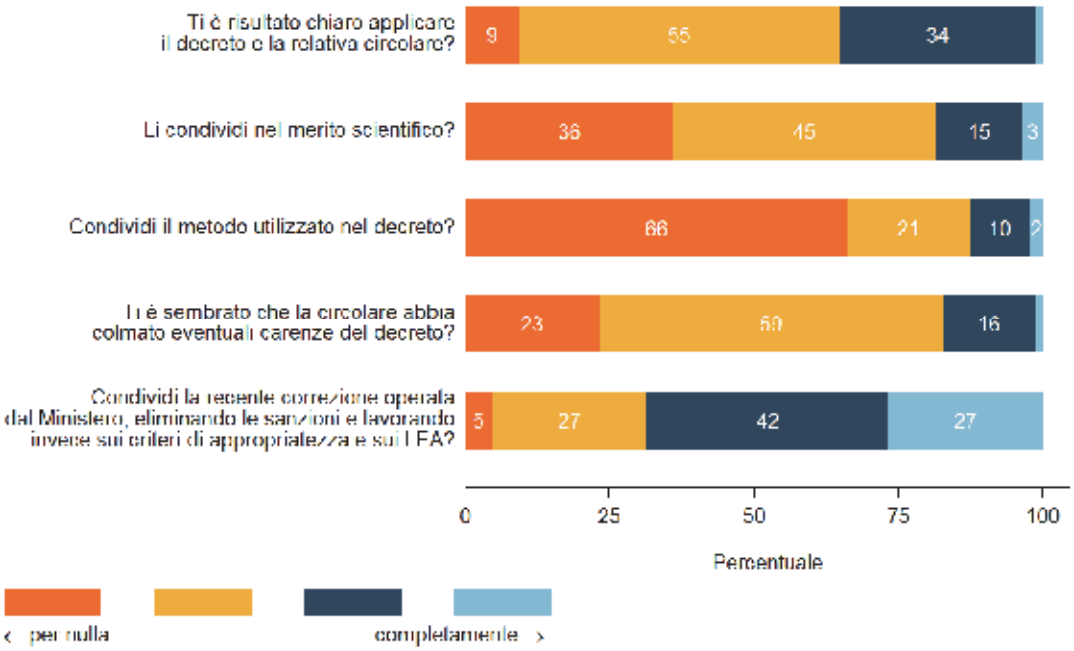
La maggioranza dei MMG rispondenti ha dichiarato di non condividere il merito scientifico del Decreto e della relativa circolare (81%) ed i metodi utilizzati (87%) (Figura 1).

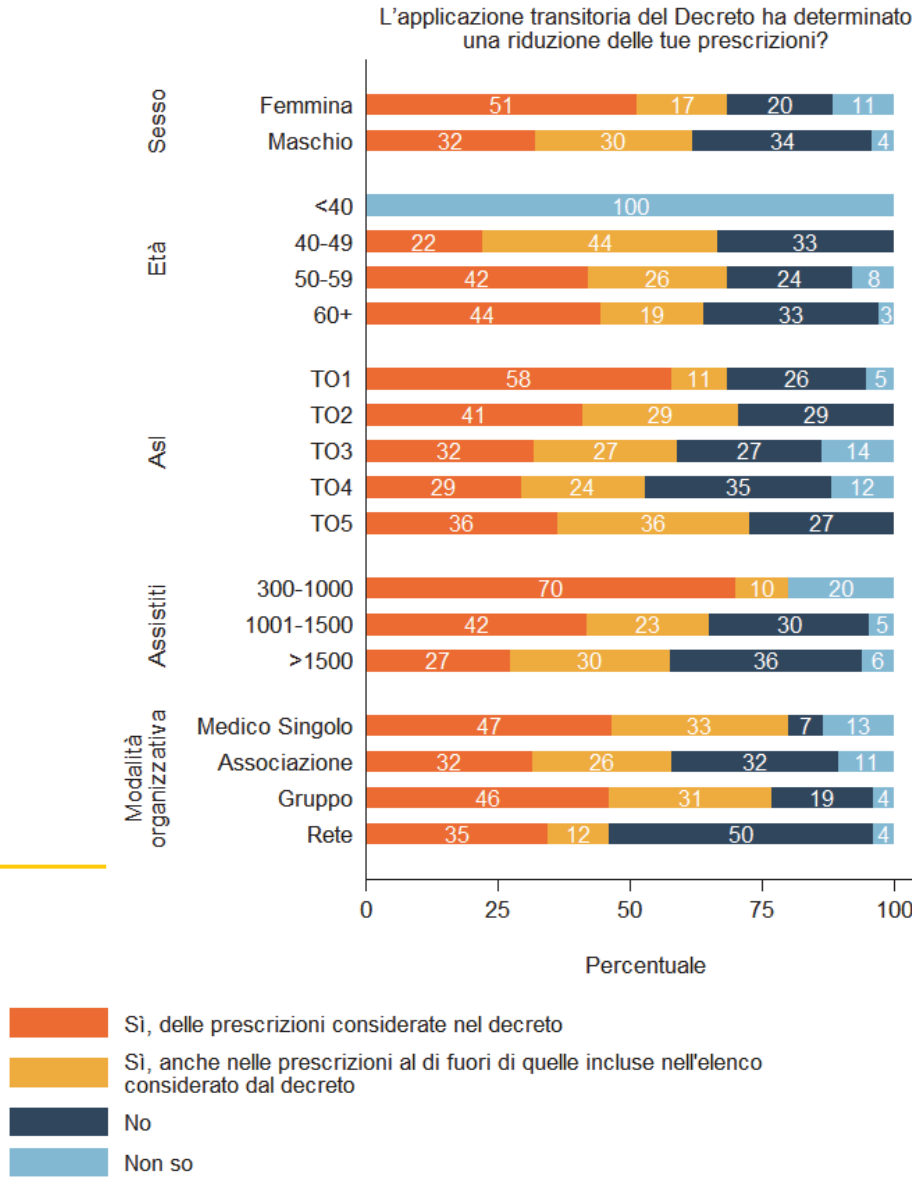
Figura 1.
Frequenza (%) di risposte del campione di MMG (n=86) alle domande relative alla comprensione e condivisione del decreto e della circolare applicativa

Risulta, quindi, poco sorprendente che il 70% circa abbia approvato l'eliminazione delle sanzioni al medico prescrittore e condiviso un approccio al problema più basato sui criteri di appropriatezza e sui Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). A fronte di una generale scarsa condivisione da parte dei MMG dell'approccio normativo per ridurre l'inappropriatezza delle prescrizioni, appare contraddittorio che il 40% circa abbia dichiarato di aver ridotto le prescrizioni di prestazioni incluse nel decreto e il 24% anche di altre prestazioni non incluse nel provvedimento, come se lo strumento legislativo, di per se stesso non condiviso, avesse prodotto comunque un innalzamento del livello di attenzione sul tema da parte di una quota non irrilevante di MMG.

L'effetto di questi provvedimenti sulla riduzione delle prescrizioni dei MMG, analizzato in relazione ad alcune caratteristiche del campione, non mostra differenze notevoli, anche se sembra essere stato un po' inferiore tra i maschi (62% vs 68%), tra quelli con più di 1500 assistiti (57%) e tra i medici organizzati in rete (47%) (Figura 2).

Figura 2.
Frequenza (%) di risposte del campione di MMG (n=86), per alcune caratteristiche dei rispondenti, alle domande relative alla riduzione delle prescrizioni





L'Ordine dei Medici di Torino, attraverso la Commissione sull'appropriatezza e la qualità delle cure, ha condotto uno studio su un campione random di 400 medici di medicina generale (MMG)

L'approccio normativo e sanzionatorio come strumento di governance per migliorare l'appropriatezza prescrittiva è scarsamente condiviso e accettato dai professionisti

In conclusione, questa indagine ha confermato, pur con i limiti della bassa numerosità e rispondenza, che l'approccio normativo e sanzionatorio come strumento di governance per migliorare l'appropriatezza prescrittiva è scarsamente condiviso e accettato dai professionisti. Tuttavia, la dichiarazione di aver ridotto alcune prescrizioni (non solo tra quelle indicate nel decreto) suggerisce che il tema della inappropriatezza per eccesso di richieste (soprattutto di diagnostica) è avvertito diffusamente e che iniziative maggiormente condivise potrebbero avere ricadute positive non trascurabili per il SSN e per i pazienti.

Note

1- The world healthreport: health systems financing: the path to universal coverage. WHO 2010
2- Grady D, Redberg RF. Less is More. How less healthcare can result in better health. Arch Intern Med, 2010;170:749-750
3- Brody H. Medicine's ethical responsibility for health care reform: the Top Five list. N Engl J Med 2010;362(4):283-285
4- Cassel CK, Guest JA. Choosing wisely: helping physicians and patients make smart decisions about their care. JAMA 2012;307:1801-2

I GRANDI PROGRESSI NELLA DIAGNOSI E NELLA TERAPIA DEL CARCINOMA DELLA PROSTATA

Prof. Dario Fontana
già Professore Ordinario di Urologia presso l'Università degli Studi di Torino e Direttore della Clinica Urologica della Città della Salute e della Scienza di Torino -Ospedale Molinette

Quando iniziai a fare l'urologo, circa 50 anni fa, la diagnosi di carcinoma della prostata la si faceva praticamente solo con l'esplorazione rettale. L'unica terapia della malattia, spesso diagnosticata in fase avanzata e talora già con metastasi ossee, era rappresentata dalla castrazione chirurgica o dalla somministrazione di estrogeni, essendo stato dimostrato, pochi decenni prima, che il carcinoma della prostata è un tumore ormono-dipendente, cioè un tumore il cui sviluppo è condizionato dall'azione dell'ormone sessuale maschile (il testosterone), la cui neutralizzazione (terapia di deprivazione androgenica) può rallentarne lo sviluppo.
In quegli anni era considerato già un successo il fatto che, con gli estrogeni, all'esplorazione rettale il lobo prostatico indurito dal carcinoma si ammorbidisse notevolmente e che i dolori provocati dalle metastasi ossee, quando presenti, si attenuassero. Successivamente, nella prima metà degli anni '80, gli estrogeni furono sostituiti dagli LHRH analoghi che hanno minori effetti collaterali e che, ancora oggi, sono i farmaci più utilizzati per ottenere una castrazione farmacologica, generalmente nelle forme avanzate, talora in associazione con gli antiandrogeni.

L'avvento del PSA

Poi, nella prima metà degli anni '90, irruppe prepotentemente sulla scena il PSA (antigene prostatico specifico) che, pur essendo il suo aumento nel siero solo un segnale di sofferenza prostatica e non necessariamente di carcinoma, permise di diagnosticare un numero sempre maggiore di carcinomi della prostata agli stadi iniziali e favorì la diffusione delle terapie con intento radicale, l'intervento chirurgico di prostatectomia radicale e la radioterapia, trattamenti che consentono molto spesso la guarigione dalla malattia.

Gli ultimi 20 anni

In questi ultimi 20 anni l'intervento chirurgico di prostatectomia radicale, praticato con sempre maggior frequenza nelle forme iniziali grazie all'avvento del PSA, si è tecnicamente perfezionato, in particolare si sono diffuse le tecniche "nerve-sparing", che noi chirurghi, quando è possibile, utilizziamo per cercare di risparmiare i nervi indispensabili per l'erezione (che ▶

decorrono a stretto contatto con la capsula prostatica). Si sono inoltre diffuse le tecniche laparoscopica e robotica, che rendono l'intervento chirurgico meno invasivo.
Anche le tecniche di radioterapia sono diventate più efficaci, precise e sicure e possono essere impiegate anche dopo l'intervento chirurgico, in particolare in presenza di margini chirurgici positivi, oppure successivamente, come radioterapia di salvataggio, in caso di ripresa locale di malattia dopo un intervento di prostatectomia radicale eseguito in precedenza.

Le terapie con intento radicale e la sorveglianza attiva

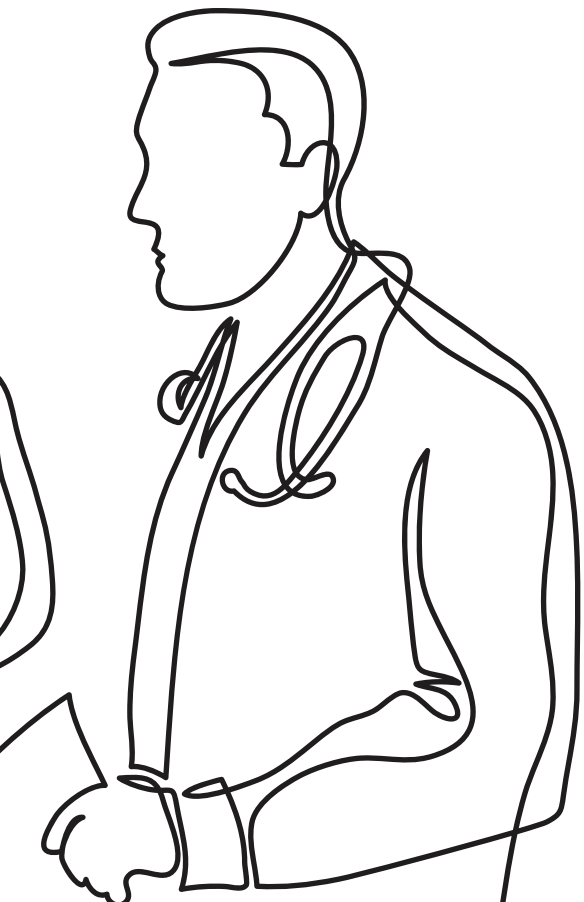
La diffusione delle terapie con intento radicale, applicate nelle forme iniziali della malattia grazie soprattutto al dosaggio del PSA, avrebbe, secondo alcuni studi, ridotto la mortalità per carcinoma della prostata rispetto a chi non si era sottoposto al dosaggio del PSA, dosaggio che, tuttavia, deve essere proposto al paziente ben informato, con criteri e ritmi differenti a seconda dell'età e degli altri fattori di rischio, in attesa che compaia un marcatore più specifico.

Ma le terapie con intento radicale, in particolare la prostatectomia radicale, possono talora avere delle conseguenze negative, prevalentemente sulla sfera sessuale ma anche sulla continenza urinaria. Questo è il motivo principale per il quale, in questi ultimi 10 anni, si è progressivamente affermato il ricorso alla sorveglianza attiva nei carcinomi a basso rischio di progressione. I criteri per definire il concetto di basso rischio sono molteplici anche se, in linea di massima, il PSA non deve essere superiore a 10 ng/ml, lo stadio clinico deve essere T1c o T2a, il Gleason Score non deve essere superiore a 6 senza campi di Grado 4 e devono essere presenti non più di due prelievi positivi alla biopsia prostatica. In questi ultimi anni si è progressivamente affermato l'utilizzo della Risonanza Magnetica Nucleare prostatica multiparametrica, che è diventata un'indagine radiologica molto utile per una diagnosi precoce e corretta di carcinoma della prostata ed anche, nella fattispecie, per aiutare ad individuare i carcinomi a basso rischio.

Naturalmente il paziente che si decide di non trattare ma di sottoporre a sorveglianza attiva deve essere controllato secondo schemi rigorosi che comprendono anche l'esecuzione periodica della biopsia prostatica, pronti ad intervenire con prostatectomia radicale o radioterapia nel caso in cui le caratteristiche del tumore siano cambiate.
Oggi, tuttavia, nella maggior parte dei paesi occidentali, non più del 40% dei pazienti con carcinoma della prostata a basso rischio viene sottoposto a sorveglianza attiva e questo per vari motivi. Innanzitutto per la preoccupazione di *under-grading* alla biopsia, rischio superiore al 40% dei casi come afferma, in un interessante editoriale, Anthony D'Amico, radioterapista di Boston che fu uno dei primi a definire le classi di rischio e che è un sostenitore della sorveglianza attiva.
Altro motivo della scarsa diffusione della sorveglianza attiva è il timore di non riuscire a cogliere una progressione, soprattutto per la frequente incostanza dei pazienti nel sottoporsi ai controlli previsti, in particolare alle biopsie prostatiche. Sono convinto che l'utilizzo sempre maggiore della Risonanza Magnetica Nucleare prostatica multiparametrica potrà favorire il ricorso alla sorveglianza attiva, in quanto potrà rendere più precise le biopsie con un minor rischio di *under-grading* e, forse, potrà anche evitare di dover eseguire le biopsie prostatiche nel *follow-up*.

La terapia medica

E la terapia medica che, quando iniziai a fare l'Urologo era praticamente l'unica disponibile, che ruolo ha assunto?
Si potrebbe pensare che questa importante anticipazione diagnostica PSA-dipendente e la diffusione delle terapie con intento radicale negli stadi iniziali della malattia abbiano tolto importanza alla terapia medica, in particolare alla terapia di deprivazione androgenica. In realtà non è così: i farmaci hanno ancora un ruolo importante, in quanto il seducente concetto di malattia clinicamente non significativa ed il ricorso alla sorveglianza attiva non ci devono far dimenticare che di carcinoma della prostata si continua a morire e che, al di là della classi di rischio, non disponiamo ancora di marcatori validi che ci dicano con sicurezza se quel carcinoma è un gattino oppure una tigre o se non possa, nel tempo, diventare una tigre. Quindi, nei casi che vengono diagnosticati tardivamente, magari già con metastasi, o che, data la loro aggressività, hanno una evoluzione linfonodale o sistemica importante, ecco che la terapia di deprivazione androgenica, la chemioterapia e forse, un domani, una efficace immunoterapia, sono in grado di migliorare la qualità di vita del paziente ed anche la sua sopravvivenza.



La terapia di deprivazione androgenica può oggi essere utilizzata anche nell'ambito di una terapia multimodale, in associazione alla radioterapia, alla terapia chirurgica o ad entrambe in caso di carcinoma della prostata localmente avanzato, oppure nella malattia avanzata oligometastatica, argomento di grande attualità ; molti sono, infatti, gli studi in corso per verificare l'utilità di intervenire anche con chirurgia o radioterapia sulle metastasi, prevalentemente in caso di metastasi linfonodali che oggi possono essere individuate, anche se di piccole dimensioni, con la PET-TC con colina o con nuovi marcatori attualmente in fase di studio.

Un aspetto interessante della terapia medica del carcinoma della prostata in stadio avanzato che, almeno in una prima fase, viene trattato con la terapia di deprivazione androgenica, è quello del CRPC (Castration Resistent Prostate Cancer). La terapia ormonale, cioè la castrazione farmacologica, che viene generalmente utilizzata come terapia di prima linea nella malattia avanzata, è spesso efficace solo per un periodo limitato di tempo, in quanto le cellule tumorali, attraverso meccanismi molecolari molto complessi, si difendono, gradualmente l'efficacia della terapia ormonale diminuisce e il PSA riprende a salire. In questi casi è possibile utilizzare una terapia ormonale di seconda linea, utilizzando farmaci "di tipo ormonale" più potenti, di recente sintesi, come l'Abiraterone e l'Enzalutamide, quindi ricorrere alla chemioterapia, generalmente con Taxani. Le metastasi ossee sintomatiche, poi, possono essere controllate anche con l'impiego della radioterapia, della terapia radiometabolica o con l'utilizzo di altri tipi di interventi.

La diagnosi precoce

Grandi progressi, quindi, ha compiuto la scienza medica in questi ultimi decenni, nella diagnosi e nella terapia del carcinoma della prostata, benché di carcinoma della prostata si continui a morire.
Rimane pertanto fondamentale,come per tutti i tumori maligni, la diagnosi precoce attraverso periodici controlli urologici, in particolare nei pazienti con presenza di fattori di rischio come l'età, la familiarità e l'etnia.

L'AUTISMO E L'ATTIVITÀ ASSOCIATIVA CHE NE TUTELA I DIRITTI

a cura di Sara Boggio

30° ANGSA 1985-2015 onlus — Associazione Nazionale Genitori Soggetti Autistici

L'Angsa (Associazione nazionale genitori soggetti autistici) è un'associazione senza scopo di lucro e un'Organizzazione non lucrativa di utilità sociale (Onlus), nata nel 1985 con l'obiettivo di tutelare i diritti delle persone con autismo e di dar voce alle loro necessità, rendendo 'visibile' una condizione che per lungo tempo è stata ignorata.

Di seguito riportiamo l'adattamento di una conversazione con **Benedetta Demartis**, mamma di una ragazza autistica di 26 anni, già presidente di Angsa Novara e Vercelli e, da gennaio 2017, Presidente Nazionale dell'Angsa.

L'attività dell'Angsa a livello nazionale

Angsa nazionale ha tra i suoi obiettivi quello di sensibilizzare e di fare cultura sull'autismo, di dialogare con le istituzioni a tutti i livelli. Angsa è l'interlocutore di settore più importante per quanto riguarda la definizione di leggi e linee di indirizzo sull'autismo.

A livello nazionale, uno dei principali obiettivi è creare una rete associativa sempre più ampia e capillare (a oggi le associazioni presenti in tutto il territorio nazionale sono ben 46).

Compito dell'associazione è, naturalmente, anche cercare di essere di sostegno alle famiglie che affrontano le difficoltà dell'autismo, per dare indicazioni e informazioni utili.

A questo scopo, in collaborazione con la Fondazione Italiana Autismo (FIA), è nato nel 2016 il **Telefono Blu (numero 800031819)** che Angsa gestisce.

Sul fronte della corretta divulgazione, oltre alla presenza online (sui siti delle varie sedi regionali e provinciali), Angsa dispone di alcuni strumenti dedicati, come "Il Bollettino" e "Obiettivo Autismo", aggiornati ogni anno in occasione del 2 Aprile, Giornata mondiale per la consapevolezza sull'autismo. Sono strumenti di informazione chiari e accessibili.

GLI OBIETTIVI RAGGIUNTI NEGLI ULTIMI ANNI: LINEE GUIDA, LEGGE N. 134/2015, LEA

Negli ultimi anni Ansga è riuscita a ottenere molto, in particolare sul fronte normativo: la Linea Guida dell'Istituto Superiore di Sanità del 2011, che è attualmente in fase di riaggiornamento, le Linee di indirizzo della Conferenza Unificata Stato-Regioni (Ministero della Salute, Miur, Regioni ed enti locali) del 2012, la Legge n. 134/2015 (vedi box: "Un punto d'arrivo... e di partenza"), in seguito alla quale, nel 2017, l'autismo è entrato a far parte dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza). Insieme al Ministero della Salute Angsa ha partecipato alla costruzione delle linee di indirizzo al vaglio in questi giorni alla Conferenza Stato-Regioni.

Dal punto di vista legislativo, finalmente, dopo anni, la persona con autismo è tutelata

Con i suoi rappresentanti siede ai tavoli regionali in numerose regioni d'Italia.

Nel 2017 Angsa è diventata anche ente accreditato per la formazione sull'autismo per il MIUR e ha un proprio delegato che siede nell'Osservatorio Scuola del Ministero.

Dal punto di vista legislativo, finalmente, dopo anni, la persona con autismo è tutelata.

LE CRITICITÀ DA SUPERARE

Al buon impianto normativo non corrispondono ancora servizi adeguati. Le responsabilità di questa situazione si possono spiegare con una cultura obsoleta rispetto a ciò che serve realmente alle persone con autismo, in ogni fascia di età. Si presentano spesso resistenze da parte di chi per anni si è occupato di autismo con una modalità che oggi la comunità scientifica ritiene superata. Di fatto le Linee di indirizzo del 2012 non sono mai state applicate. Quelle attualmente in fase di rielaborazione faranno la differenza per il fatto di avere alle loro spalle la Legge 134/2015 e i LEA, per cui occorrerà tenerne conto.

Compito delle associazioni come Angsa, Gruppo Asperger, Anffas (Associazione Nazionale Famiglie di Persone con Disabilità Intellettiva e/o Relazionale) e Fish (Federazione italiana per il superamento dell'handicap, di cui Angsa è membro) è far sì che le norme vengano applicate, in ogni regione: compito delle associazioni è vigliare ed eventualmente portare avanti azioni legali, nel caso in cui non vengano predisposte le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie ritenute necessarie alla presa in carico della persona con autismo.

Ricordiamo che nel 2017 Angsa e Gruppo Asperger hanno riunito 18 esperti per redigere un documento incentrato sull'autismo in età adulta che è stato consegnato al Ministero della Salute, al MIUR e al Ministero delle Politiche Sociali. Il documento richiama quanto previsto dalle nuove linee di indirizzo, sottolineando le urgenti e specifiche necessità della popolazione adulta (vedi box: "Autismo in età adulta").

PROGETTI PER IL FUTURO

Il principale obiettivo di Angsa è far sì che tutto ciò che è stato ottenuto a livello legislativo venga trasformato in servizi reali. ▶

Angsa ha inoltre il desiderio di allargare la rete associativa ad altre associazioni che sono nate per l'autismo, grandi e piccole, cercando così di diventare un'unica voce: uno strumento più forte per far sì che le persone con autismo, di ogni età, abbiamo una vita dignitosa.

Un punto d'arrivo... e di partenza

La Legge 134/2015 "Disposizioni in materia di diagnosi, cura e abilitazione delle persone con disturbi dello spettro autistico e di assistenza alle famiglie"

"Il testo di legge è stato il frutto del lungo lavoro dei relatori e di tutta la Commissione Igiene e Sanità del Senato, che ha fatto decine di audizioni su questo tema per due anni. La legge rappresenta l'anello di congiunzione fra la Linea Guida dell'Istituto Superiore di Sanità del 2011, le Linee di indirizzo della Conferenza Unificata (Ministero della salute, MIUR, Regioni ed Enti Locali) del 2012 e i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).
Il Servizio sanitario, integrandosi con la scuola e i servizi sociali, potrà fornire risposte appropriate e scientificamente validate grazie all'inserimento dei trattamenti previsti nei Livelli Essenziali di Assistenza.
La legge riguarda bambini e adulti con autismo, imponendo la precocità e la continuità della presa in carico in forma integrata, prevedendo l'inserimento nella vita sociale delle persone con disturbi dello spettro autistico di tutte le età.
Grazie a questa legge verranno aggiornate ogni tre anni le linee guida e le linee di indirizzo su diagnosi e cura.
La legge è un punto di arrivo ma anche un punto di partenza: Angsa, assieme alle altre associazioni collaboranti, si dedicherà a promuovere e monitorare l'applicazione della Legge sia a livello centrale (aggiornamenti dei LEA, della Linea Guida e delle Linee di indirizzo) che a livello Regionale, sensibilizzando le singole amministrazioni competenti.

AUTISMO IN ETÀ ADULTA: la posizione di associazioni e professionisti

A conclusione di un lungo confronto e approfondimento sui diritti e sulle necessità di intervento per le persone adulte con autismo, nel giugno nel 2017 Angsa e il Gruppo Asperger hanno definito un "**Documento di posizione relativo allo spettro autistico in età adulta**". Il documento è stato realizzato grazie alla collaborazione con una ventina di esperti di settore (psichiatri, neuropsichiatri, psicoterapeuti, psicologi, ortopedagogisti), da questi sottoscritto e, attraverso la rete associativa, diffuso e presentato alle istituzioni locali su tutto il territorio nazionale.

Il documento è stato preparato in vista della Consensus conference prevista per l'aggiornamento delle Linee di indirizzo della Conferenza Unificata del 22 novembre 2012, e per l'emanazione dell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome, le Province, i Comuni e le Comunità montane, sull'autismo in età adulta.

Nella lettera di presentazione *I bisogni delle persone maggiorenni con autismo espressi dalle associazioni a tutela dei diritti delle persone con autismo*, a cura di Angsa e Gruppo Asperger, si legge che nonostante i grandi passi avanti compiuti in questi anni, sia a livello normativo che di conoscenza clinica e consapevolezza culturale, gli adulti con autismo "sono stati doppiamente discriminati, dapprima privati di un intervento specifico precoce e poi dimenticati in età adulta.

Dopo anni di richiami alle Istituzioni da parte delle Associazioni a tutela dei diritti delle persone con Autismo, non abbiamo ancora un concreto piano programmatico per l'implementazione di una presa in carico sanitaria globale degli adulti, con figure professionali dedicate ed una regìa capace di indirizzare l'intervento abilitativo conseguente".

(Il testo integrale, della lettera delle associazioni e del documento di posizione di professionisti e operatori, si può leggere qui: http://angsa.it/2017/07/06/i-bisogni-delle-persone-maggiorenni-con-autismo-espressi-dalle-associazioni-a-tutela-dei-diritti-delle-persone-con-autismo/)

IL SALASSO

Giuliano Maggi

Quando nel 1950 mi iscrissi alla Facoltà di Medicina la mia nonna paterna, che aveva 84 anni, mi disse: "Cerca di diventare un bravo medico, migliore di quello che curò mio papà quando ero bambina!", e mi raccontò questa vicenda, assolutamente vera e confermatami da altri congiunti.

La mia nonna era la seconda di tre sorelline; quando lei aveva 4 anni e le sorelle 6 e 2 anni, il loro papà, impiegato, aveva 29 anni; la famigliola viveva in una cittadina del vercellese in una discreta agiatezza, tanto che la mamma era aiutata da una bambinaia che badava alle tre bimbe.

Un brutto giorno il papà si mise a letto con febbre e tosse e dopo poco tempo incominciò ad espettorare sangue ad ogni colpo di tosse. Fu chiamato il medico di famiglia che, dopo un'accurata visita, concluse: "Sputa sangue perché ne ha troppo" e… praticò un salasso! Ma il paziente continuò ad espettorare sangue e si sentiva sempre più debole e stanco, tormentato dalla tosse.

Il medico, molto assiduo, provò anche a purgarlo, ma non riuscì a fermare né la tosse né il sangue.

Nelle settimane seguenti il malato, costretto a letto, voleva sempre le sue bambine vicino a lui, continuava ad espettorare sangue con la tosse e il medico… gli fece altri salassi!

Sembra che siano passati mille anni, ma sono cose che succedevano tre generazioni prima della mia

E così nel giro di meno di sei mesi il mio bisnonno "passò a miglior vita" prima di aver raggiunto i trent'anni.
Molto probabilmente si era ammalato di tubercolosi polmonare, che in quei tempi era una piaga sociale, e le cure del medico furono assolutamente deleterie. Tutto questo avveniva nel 1870, quando Roma divenne capitale d'Italia, ma il bacillo di Koch non era ancora stato scoperto, la radiologia non esisteva e i medici brancolavano nel buio e avevano a disposizione solo salassi, clisteri e medicamenti tossici come il mercurio.
Inoltre le tre bambine vissero accanto al padre che espettorava bacilli, ebbero la fortuna di non infettarsi e probabilmente si vaccinarono, tanto che vissero tutte e tre oltre gli 80 anni ed ebbero sei gravidanze a testa.
Sembra che siano passati mille anni, ma sono cose che succedevano tre generazioni prima della mia.
Pensando a come era la medicina alla fine dell'Ottocento, non dovremmo lamentarci subito quando qualcosa non va come vorremmo, ma riconoscere invece i progressi incredibili avvenuti in poco più di un secolo.

"VILLE AUGUSTA"

CASA DI CURA PRIVATA MALATTIE NERVOSE

Direttore Sanitario: *Dott. Enzo Soldano*

Specialista in Neurologia

CONVENZIONATA CON IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
ACCREDITATA DALLA REGIONE PIEMONTE
(D.G.R. 91-6718 del 3/8/2007)

"VILLE AUGUSTA" s.r.l.
10090 BRUINO (TO), Via Pinerolo-Susa 15
Tel.:011 90.87.141/42/43 - Fax 011 90.86.264
e-mail: villeaugusta1@libero.it

Dottore, ma è vero che...?

IL SITO PER UN'INFORMAZIONE SCIENTIFICA ACCREDITATA

https://dottoremaeveroche.it

a cura di Rosa Revellino

La FNOMCeO, Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, è un organo ausiliario dello Stato e la principale istituzione del mondo medico nel nostro Paese. Come tale essa ha due scopi principali e perfettamente complementari: tutelare la popolazione facendo sì, insieme ad altri organi, che venga garantito e difeso il suo diritto alla salute e, al tempo stesso, vigilare sulla Professione medica, difendendone la dignità e proteggendola da abusi.

Dottoremaeveroche nasce con lo scopo di assolvere a entrambi questi compiti: offrire alla popolazione un'informazione accessibile, scientificamente solida e sempre trasparente, e ai Colleghi strumenti comunicativi nuovi, in linea con i tempi, proficui nell'attualizzare lo scambio che è alla base del rapporto tra medico e paziente.

Gli ultimi anni hanno visto una pericolosa, e spesso dolorosa, impennata nella circolazione di notizie in molti casi inesatte, in troppi infondate e in molti altri, deliberatamente e maliziosamente, false, con ricadute a volte drammatiche sulla salute di singoli cittadini o di intere fasce della popolazione.

La FNOMCeO ha deciso di scendere in campo, con strumenti nuovi, per arginare questo fenomeno, in difesa dei cittadini e degli operatori.

Dottoremaeveroche nasce come porto sicuro nel mare in tempesta della disinformazione in ambito sanitario. Avete un dubbio? Qui troverete una risposta, costruita sulla base delle evidenze scientifiche giudicate più affidabili per il rigore e l'indipendenza che le hanno prodotte.

Un'informazione seria, solida e trasparente, corredata da tutti i dovuti riferimenti bibliografici, al tempo stesso resa immediata e accessibile a tutti gli utenti, grazie alla collaborazione di persone che lavorano da anni nella comunicazione in ambito scientifico.

Se comunicare bene la salute fa bene alla salute… la nostra prescrizione è di visitare **Dottoremaeveroche** in dosi massicce ogni volta che ne sentite il bisogno. Non ci sono controindicazioni!

SI FANNO TROPPI VACCINI IN BAMBINI TROPPO PICCOLI?

di ROBERTA VILLA

Da dove nasce questa idea?

In Italia i bambini nati all'inizio degli anni Sessanta ricevevano quattro vaccinazioni, tutte obbligatorie: antivaiolosa, antipolio, antitetanica e antidifterica. Con il passare degli anni, il calendario vaccinale si è infittito. All'antivaiolosa, sospesa nel 1977 e definitivamente abrogata nel 1981 in seguito all'eradicazione del vaiolo dal globo terrestre, subentrò all'inizio degli anni Novanta l'obbligo di vaccinare i neonati contro l'epatite B. Negli anni successivi, con la messa a punto di molti nuovi prodotti, il numero delle vaccinazioni disponibili e consigliate o francamente raccomandate è andato via via aumentando, anche se, confidando nella volontà di ogni genitore di proteggere il più possibile i propri figli, si ritenne di non doverne rendere nessuna obbligatoria.

L'offerta vaccinale a oggi più completa si è raggiunta con il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2019, che raccomanda nel primo anno di vita vaccini contro nove malattie (cioè, oltre alle quattro già obbligatorie in precedenza, antipertosse, anti Haemophilus B, antipneumococco, antimeningococco B e antirotavirus) e altre cinque nell'anno successivo (anti morbillo, parotite, rosolia e varicella, possibilmente in un'unica iniezione, e antimeningococco C). Il Piano raccomanda inoltre la vaccinazione anti papilloma virus in entrambi i sessi e la tetravalente contro i meningococchi ACWY negli adolescenti, oltre a una serie di altre vaccinazioni per gli adulti nelle diverse fasi della loro vita.

Con la legge 119 del 31 luglio 2017, anche l'obbligo per l'accesso a scuola è stato esteso dalle quattro precedenti a dieci di queste vaccinazioni (aggiungendo antipertosse e anti Haemophilus B, già compresi nella vaccinazione esavalente effettuata nei primi mesi, e anti morbillo, parotite, rosolia e varicella all'inizio del secondo anno di vita).

È comprensibile quindi che i genitori si chiedano se tutte queste vaccinazioni non rappresentino uno stimolo eccessivo per il sistema immunitario di bambini tanto piccoli.

Cosa la smentisce?

Uno dei principali motivi di equivoco è che le famiglie basano le loro preoccupazioni sul numero delle vaccinazioni, mentre per il sistema immunitario quel che conta è il numero di antigeni – cioè di molecole capaci di stimolarlo – che riceve attraverso le vaccinazioni, indipendentemente dal fatto che siano contenuti nel prodotto rivolto contro una o più malattie.

Da questo punto di vista i vaccini sono molto diversi tra loro. Un vaccino può infatti contenere un solo tipo di antigene, come nel caso dell'antitetanica o dell'antiepatite B; meno di dieci, come l'anti Haemophilus influenzae di tipo B, l'antimeningococco B o l'antipneumococco, oppure decine (vedi tabella).

Tutti i prodotti più recenti tendono ad avere il numero minimo di queste sostanze necessario a conferire protezione dalla malattia. La sola antivaiolosa, per esempio, conteneva circa 200 antigeni, e il vecchio vaccino a cellule intere contro la pertosse addirittura 3000. Per produrre il vaccino acellulare incluso nell'esavalente ne sono stati scelti solo 3, quelli più importanti per la produzione di anticorpi protettivi.

I bambini nati negli anni Sessanta, con le quattro vaccinazioni allora obbligatorie, per essere protetti quindi da quattro sole malattie (vaiolo, polio, difterite e tetano) ricevevano 215 antigeni a dose, numero che balzava a 3215 per chi faceva anche l'antipertosse.
Quelli nati nel 1980 ne ricevevano circa 3041 contro sette malattie (polio, difterite, tetano, pertosse, morbillo, rosolia e parotite), mentre nel 2000 il numero degli antigeni del calendario vaccinale era già sceso a 123-126 pur proteggendo da undici malattie (polio, difterite, tetano, pertosse, morbillo, rosolia, parotite, Haemophilus influenzae di tipo B, epatite B, pneumococco e varicella. Per arrivare alle vaccinazioni comprese nell'ultimo Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale sono da aggiungere l'antimeningococco C (2 antigeni), l'antirotavirus (65 antigeni) e l'HPV (4 antigeni, o 9 con il vaccino più nuovo), che però viene somministrato molti anni dopo, all'inizio dell'adolescenza. In totale, quindi, si tornano a contare circa 200 antigeni, pari al numero di stimoli immunitari che proteggeva dal solo vaiolo, ma difendendo i nostri figli da 15 tipi di diverse infezioni *(tabella a destra)*.

Non c'è ragione quindi di pensare che il sistema immunitario del bambino sia sottoposto oggi a un impegno maggiore di quel che accadeva una volta. Tanto più che queste sollecitazioni non sono nemmeno paragonabili a quelle che il piccolo riceve naturalmente: solo al momento della nascita passando per il canale del parto, e nelle sue prime ore di vita, il bambino viene improvvisamente a contatto con un enorme numero di virus e oltre 400 specie diverse di batteri, ognuno dei quali contiene in media circa 3000 antigeni. Gli stessi con cui il sistema immunitario di un bambino si confronta ogni giorno, che si graffi o si sbucci un ginocchio.

Perché se ne parla?

Lo stimolo immunitario indotto da tutte le vaccinazioni raccomandate oggi è quindi di molto inferiore a quello provocato dal contatto con un solo batterio che superi la barriera cutanea.

L'idea che la stimolazione legata a una piccola escoriazione "serva a farsi gli anticorpi", sia benefica e immune da rischi, mentre quella indotta dalle vaccinazioni sia potenzialmente pericolosa deriva da un'istintiva alterazione nella nostra percezione del rischio, per cui siamo spinti a credere che tutto ciò che è "naturale" sia di per sé più sicuro di ciò che è prodotto dall'uomo, soprattutto a livello industriale.

L'allontanamento della maggior parte della popolazione da un reale contatto con la natura negli ultimi decenni ha contribuito ad accentuare questa percezione idealizzata, che dimentica la dimensione minacciosa per la sopravvivenza della natura stessa.

Fonte: https://dottoremaeveroche.it/si-fanno-troppi-vaccini-bambini-piccoli/

1900		1960		1980		2000		2017	
vaccino anti	**antig.**	**vaccino anti**	**antig.**	**vaccino anti**	**antig.**	**vaccino anti**	**antig.**	**vaccino anti**	**antig.**
vaiolo	ca 200	vaiolo	ca 200	difterite	1	difterite	1	difterite	1
		difterite	1	tetano	1	tetano	1	tetano	1
		tetano	1	pertosse (a cellule intere)	ca 3000	pertosse (acellu-lare)	2-5	pertosse (acellu-lare)	2-5
		pertosse (a cellule intere)	ca 3000	polio	15	polio	15	polio	15
		polio	15	morbillo	10	morbillo	10	morbillo	10
				parotite	9	parotite	9	parotite	9
				rosolia	5	rosolia	5	rosolia	5
						emofilo B	2	emofilo B	2
						varicella	69	varicella	69
						pneumo-cocco	8	pneumo-cocco	8
						epatite B	1	epatite B	1
								meningo-cocco B	3+1
								meningo-cocco C	2
								rotavirus	65
								papillo-mavirus	4-9
TOTALE	ca 200		ca 3217		ca 3041		123-126		ca 200

AGATHA CHRISTIE E LA ROSOLIA

di ULRIKE SCHMIDLEITHNER

Probabilmente conoscete il giallo Assassinio allo specchio di Agatha Christie, pubblicato nel 1962.

Nell'ultimo capitolo si viene a sapere che tutta la vicenda è cominciata con l'incontro di due donne che non si erano mai viste prima. Una è una famosa attrice mentre l'altra una sua giovane ammiratrice.

Nessuna delle due poteva sapere in quel momento che quei pochi minuti avrebbero cambiato per sempre le loro vite. Marina Gregg, l'attrice, era nel primo trimestre di gravidanza, Heather Badcock, la sua ammiratrice, aveva la rosolia. Sarebbe dovuta rimanere a casa ma ci teneva troppo a vedere Marina Gregg, perciò si è alzata dal letto, ha nascosto i segni della malattia, truccandosi per bene, ed è andata a quell'evento. Si sono parlate per almeno tre minuti, Marina ha dato all'emozionatissima Heather un autografo, naturalmente senza sospettare di essere stata infettata, in quei pochi attimi, dal virus della rosolia, e che il bambino che stava aspettando sarebbe nato con un grave ritardo mentale a causa della rosolia congenita. Il vaccino non esisteva ancora.

Naturalmente, come in quasi tutti i libri gialli, la storia del contagio viene svelata solo nelle ultime pagine del libro.

Nel primo capitolo c'è però un passaggio sul quale Vi invito a riflettere perché ci riguarda tutti, oggi più che mai.

Miss Marple incontra casualmente Heather Badcock e questa le racconta del suo incontro nel lontano passato con Marina Gregg.

Riporto questo passaggio dalla traduzione di Oscar Mondadori:

Heather: *"La più grande gioia della mia vita la provai quando seppi che Marina Gregg avrebbe partecipato, come ospite d'onore, a un grande spettacolo organizzato per i feriti dell'ospedale militare di St. John nell'isola di Bermuda. Ero emozionatissima, ma quando giunse il gran giorno, mi venne la febbre e il medico mi disse che non dovevo muovermi. Io, però, non volli rinunciare. Non stavo molto male, perciò mi alzai dal letto, mi truccai bene il viso e andai ugualmente allo spettacolo. Fui presentata a Marina Gregg, e lei, dopo avermi parlato per almeno tre minuti, mi diede l'autografo. Fu un'esperienza meravigliosa. Non dimenticherò mai quel giorno."*

Miss Marple la guardava fissamente. *"Spero che non abbia avuto... spiacevoli conseguenze"* disse in tono sollecito.

Heather Badcock rise: *"No, nel modo più assoluto. Io sono convinta di questo: se si desidera fortemente una cosa, bisogna correre dei rischi."*

Ecco, per lei – almeno fino a quel momento – non ci sono state spiacevoli conseguenze. È guarita, la sua vita è continuata, si è sposata, ha messo su casa, era una donna serena. Una malattia da niente, da dimenticare o, nel caso di Heather, da raccontare orgogliosamente in tutte le occasioni. Ma ad altri invece ha rovinato la vita!

Poi, anni dopo, sono arrivate le conseguenze anche per lei, perché è stata assassinata da Marina Gregg quando questa ha saputo che cosa era successo anni prima. Ovvio che questo finale è troppo "da libro giallo" e lontano dalla vita reale. Però il resto del racconto è fin troppo realistico.

Purtroppo sentiamo tutti i giorni di persone che non pensano alle conseguenze della loro "decisione" di non vaccinare se stessi o i figli contro il morbillo e la rosolia. Quelli che dicono: "Io e tutti i miei compagni di scuola abbiamo avuto il morbillo e siamo vivi e vegeti". Ma chi ha subito gravi conseguenze è stato infettato per forza da qualcuno. E a questo qualcuno a sua volta è stato trasmesso il virus da qualcun altro. Ecco, "Qualcuno" e "Qualcun Altro" stanno bene e forse si vantano anche. Come Heather nel giallo di Agatha Christie con la sua decisione di andare da malata tra

la gente, pensando solo al proprio sciocco desiderio di vedere una famosa attrice. Lei rappresenta un po' quelli che scelgono di non vaccinare.

Ecco, in Italia in questo momento ci sono purtroppo tante Heather Badcock e tante Marina Gregg. Non so tra i più di 5000 casi di morbillo (e 6 decessi) segnalati dal 1 gennaio 2017 al 31 gennaio 2018 (e in aggiunta tutti quei casi che non vengono segnalati) chi rappresenti l'una o l'altra categoria. Intanto il 6% dei casi segnalati aveva meno di un anno e non poteva ancora essere vaccinato, quindi questi sono sicuramente Marina. Poi ci sono tra i casi più di 300 operatori sanitari ed è una vergogna che ci siano tutti questi Heather tra di loro.

Chi ci tiene alla salute propria e di tutti quelli che lo circondano dovrebbe parlare con un medico (bisogna specificare: un medico che sia aggiornato sul tema vaccini) e – se non ha le prove certe dell'immunità per tutte e tre le malattie (morbillo, parotite e rosolia) – far vaccinare con due dosi di MPR se stesso e i propri figli, a meno che non ci sia una vera controindicazione medica.

Dopo che mi è venuta l'idea di citare il giallo di Agatha Christie, sono andata nel garage per cercare il libro e il passaggio che ho citato. Così il libro si è svegliato da molti anni di sonno per dare il suo umile contributo alla causa contro la pericolosa ignoranza che viene spacciata per "libertà di scegliere".

Fonte: https://dottoremaeveroche.it/agatha-christie-e-la-rosolia/

Vieni al CeMeDi per:

Visite specialistiche
Esami ecografici e strumentali
Esami radiodiagnostici
Analisi di laboratorio
Visite mediche sportive
Fisioterapia
Check-up

Info e prenotazioni

www.cemedi.it
Corso Massimo D'Azeglio 25
10126 Torino

tel +39 011 0066880
fax +39 011 0066510
dal lunedì al venerdì
dalle 08:00 alle 18:45
con orario continuato e
il sabato dalle 08:00 alle 13:00

CeMeDi
Ci prendiamo cura di te.

Direttore sanitario dott. **Sergio Caramalli**

VITAMINE E SUPPLEMENTI DIETETICI "AIUTANO"?

di IL PENSIERO SCIENTIFICO EDITORE

È una domanda indubbiamente di attualità e tante persone devono essersi già risposte positivamente se è vero, com'è vero, che l'industria degli integratori dietetici vale negli Stati Uniti qualcosa come 30 miliardi di dollari l'anno. Più di un americano su due usa almeno un integratore, scelto tra i 90 mila prodotti che affollano i banconi dei negozi e, soprattutto, le pagine web che vendono online [1]. Anche in Italia i consumi sono elevati e in aumento: un'indagine Nielsen e Eurisko dice che nel 2012 sono state vendute 131 milioni di confezioni e la tendenza è in crescita del 3% ogni anno [2]. Indagini successive ci dicono che la prevalenza d'uso è di circa il 50%: maggiore nelle donne (56%) che negli uomini (41%).

Facciamo una pausa: con il termine prevalenza si intende il rapporto tra il numero di persone che, in questo caso, ricorrono agli integratori o ai supplementi dietetici, e la "popolazione" osservata o studiata, in questo caso le persone che sono state coinvolte nell'indagine. In breve, indica la presenza di un evento a un certo punto del tempo [3]. Per l'epidemiologia – la disciplina che studia la distribuzione e la frequenza delle malattie o degli eventi di interesse medico o sanitario, la prevalenza è una "misura di frequenza".

Per tornare al ricorso a vitamine e integratori, i dati possono variare ma, in generale, possiamo dire che un sacco di gente li assume e, nel complesso, sono all'origine di una spesa molto elevata.

Chi usa gli integratori?

Dovessimo immaginare il consumatore-tipo sarebbe una donna, di livello di istruzione medio-alto, che vive in una grande città, che pratica attività sportiva, fa uso regolare di prodotti integrali e che dichiara di essere affetta da un certo livello di stress [2]. Il suo obiettivo principale è soprattutto quello di migliorare la propria salute, e solo secondariamente perdere peso o integrare la propria dieta. Nella popolazione maschile che ricorre ai supplementi dietetici, lo scopo principale è legato all'attività sportiva e all'esigenza di migliorare la performance. Insomma: dal punto di vista del marketing, due profili di consumatori ideali...

Dottore, ma funzionano davvero?

È una domanda alla quale non si può rispondere se non entrando anche sinteticamente nei dettagli. Il ricorso di routine all'integrazione con nutrienti non è raccomandato per la popolazione generale [4]. L'uso di integratori può essere suggerito a persone ad alto rischio perché sofferenti di specifiche condizioni mediche, in particolari passaggi del ciclo vitale, o esposti a determinati fattori di rischio [4].

È questo il caso, per esempio, dell'acido folico, essenziale integrazione per la prevenzione di alcune malattie congenite, in particolare quelle a carico del tubo neurale [5]. Come raccomandato dal Network italiano promozione acido folico per la prevenzione primaria di difetti congeniti, "una donna in età fertile, che preveda o non escluda una gravidanza dovrebbe, infatti, assumere una quantità aggiuntiva di 0,4 mg/die, a partire almeno da 1 mese prima del concepimento fino al terzo mese di gravidanza (periodo periconcezionale). È importante ricordare che, in Italia, l'acido folico a questo dosaggio è inserito nell'elenco di farmaci a rimborsabilità totale (classe A). È dunque sufficiente la prescrizione su ricetta rossa da parte del medico curante per acquistare questo integratore pagando solo il ticket previsto dalla propria Regione." Quindi, l'acido folico non va assunto "in gravidanza" ma "quando si ritiene possa instaurarsi una gravidanza". Si parla dunque di assunzione preconcezionale [6].

Vincitore del 1° premio:

ORGANISED BY edana
FILTREX
INNOVATION AWARD 2017

Ginevra 5-6 aprile 2017

micronAir® blue

Respira liberamente e proteggi la tua salute in auto

L'unico filtro abitacolo con strato BIO-funzionale agli estratti naturali della frutta che blocca efficacemente polveri sottili, allergeni e gas inquinanti. Scegli di proteggere la tua famiglia in auto con micronAir® blue.

S.I.D.A.T. Group

è il distributore esclusivo dei filtri abitacolo micronAir®

www.sidatgroup.it

www.micronairblue.it

Ai bambini servono integratori?

I bambini che seguono una dieta equilibrata non hanno bisogno di integrazioni multivitaminiche o multiminerali e dovrebbero evitare di assumere micronutrienti in dosi che possano contribuire a superare le dosi giornaliere raccomandate [4]. Talvolta, i genitori sentono un po' di pressione in merito alla possibilità di integrare la dieta dei propri figli e – come fanno osservare Mauro Destino (docente di Scienza dell'alimentazione) e Federico Marolla (pediatra di famiglia) – "non si bada mai a spese quando si tratta di acquistare vitamine e minerali per il proprio figlio, con la convinzione che male non fanno e che gli sono utili per crescere. (...) Bastano 10-15 minuti di esposizione di braccia e gambe scoperte al sole due volte a settimana, nelle ore centrali del giorno nella stagione primaverile o estiva, per produrre in modo sicuro una quota di vitamina D sufficiente [7].

In generale, sebbene non ci siano evidenze "sulla necessità di integrazioni al di fuori di situazioni particolari" [7], è necessario che il pediatra vigili sulla possibile carenza di vitamina D nel bambino e suggerisca ai genitori il modo più semplice per riequilibrare la situazione. Evitare, comunque, qualsiasi soluzione "fai da te".

Agli anziani servono integratori?

La supplementazione multivitaminica o di minerali della dieta degli adulti o degli anziani in salute non è raccomandata [4, 8]. In generale, negli anziani come anche nei bambini sono stati condotti degli studi che a parere dei loro autori sembravano suggerire effetti positivi, ma che sono giudicati di qualità modesta dal punto di vista metodologico [4].

Fonte: https://dottoremaeveroche.it/vitamine-e-supplementi-dietetici-aiutano/

Bibliografia

1 . Kantor ED, et al. "Trends in dietary supplement use among US adults from 1999-2012", JAMA 2016;316:1464-74.

2 . Giammarioli S. "Indagini sui consumi degli integratori in Italia", Comunicazione al congresso SANIT, dicembre 2014.

3. Mele A, Spada E, Tosti ME. "Epidemiologia per la clinica e sanità pubblica", Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2009.

4 . Manson JE, Bassuk SS. "Vitamins and mineral supplements. What clinicians need to know", JAMA 2018; 5 febbraio

5 . Carbone P, Salerno P. "Acido folico e folati", Epicentro, Istituto superiore di sanità. 2016.

6 . Bortolus R, Mastroiacovo P. "Raccomandazione nazionale per la supplementazione di acido folico", Medico e Bambino 2005;24:111-4.

7. Destino M, Marolla F. "Mangiare per crescere. Consigli per genitori in gamba", Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2014.

8 . Moyer VA, US Preventive Service Task Force. "Vitamin, mineral and multivitamin supplements for the primary prevention of cardiovascular disease and cancer. USPTF recommendation statement", Ann Intern Med 2014;160:558-64.

SCIENZA E PSEUDO-SCIENZA: IL GRUPPO DI LAVORO DI TORINO

A Torino – afferma Guido **Giustetto**, Presidente OMCeO Torino – abbiamo deciso di costituire un **gruppo di lavoro su "Scienza e Pseudoscienza"** perché oggi è chiara la necessità all'interno dell'ambiente medico, e soprattutto all'interno delle organizzazioni dei cittadini, di avere le idee un po' più chiare su tutta una serie di notizie, di informazioni che circolano nel Web e che possono in qualche modo distogliere dalle evidenze sicure della pratica clinica, nella diagnosi, nella terapia e nella prevenzione. I temi che abbiamo cominciato a trattare e le aree di intervento sono riassumibili in queste direttrici:

Le vaccinazioni – tema che ha avuto un risalto mediatico importante anche a livello nazionale e su cui abbiamo formulato alcune ipotesi di campagne informative da svolgere.

Neurologia – questo ambito è ricco di proposte la cui efficacia non è documentata. Purtroppo la situazione di molte famiglie, che si trovano ad affrontare una malattia, le rende spesso facili prede per soluzioni non provate scientificamente. Se questo atteggiamento è comprensibile da parte di chi è malato o dei familiari, non lo è da parte dei colleghi. Pensiamo per esempio al Caso Stamina.

Oncologia – purtroppo sono molte le situazioni in cui i pazienti, anche volontariamente, si sono sottratti alle cure, talvolta sostenuti da medici e da personale sanitario. È necessario fare chiarezza e dare informazioni ancora più solide e chiare.

Dietoterapia – sappiamo che vi è un'incredibile diffusione di diete non documentate e totalmente irrazionali, alcune delle quali si fondano sull'ipotesi di intolleranze che riguarderebbero quasi tutto ciò che mangiamo (si pensi al caso del glutine che sembra che nessuno oggi riesca più a tollerare). Anche su questo punto è necessario dare delle indicazioni precise e semplici che contrastino in modo documentato molti falsi allarmismi.

Il tema delle medicine non convenzionali – Qual è il loro ruolo a fianco della medicina tradizionale? Occorre capire e stabilire i limiti nella loro pratica.

Questi sono i temi su cui intendiamo lavorare. Abbiamo costituito un gruppo di lavoro formato dai professionisti che portano, ciascuno, le competenze della propria specialità.

GRUPPO DI LAVORO
"SCIENZA E PSEUDOSCIENZA"

Referente Consiglio
Dott.ssa Chiara RIVETTI

Componenti:
Dott. Franco APRÀ (ASL Città di Torino)
Dott. Pietro ARINA
Dott. Andrea CALVO
Dott.ssa Angela GALLONE
Dott.ssa Eleonora GALMOZZI
Dott.ssa Marinella MISTRANGELO
Dott. Diego PAVESIO
Dott. Andrea PEZZANA

Prestito d'onore: un'occasione di crescita professionale

Il "Prestito d'onore" è stato inventato decenni fa negli USA per permettere a studenti e professionisti all'inizio della carriera l'ingresso nel mondo produttivo senza affanni economici. In passato l'Ordine dei Medici e Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Torino ha offerto con successo questo tipo di aiuto economico ai suoi iscritti e quest'anno riapre questa agevolazione con condizioni sempre più vantaggiose.

La sovvenzione, in convenzione con Banca Sella, prevede l'erogazione per gli iscritti fino a 50.000 euro con durata di 60 mesi per finanziare investimenti in ambito professionale e include diversi benefici tra cui:

- erogazione in tempi molto rapidi
- tassi molto convenienti
- nessuna ipoteca

	Finanziamenti a medio termine
Forma tecnica	Mutuo chirografario
Durata massima	60 mesi, rimborsabile in rate con periodicità a scelta (mensile, trimestrale, semestrale)
Importo massimo:	Euro 50.000,00
Commissioni di erogazione	0,30% sull'importo erogato
Destinazione fondi	Investimenti aziendali a qualsiasi titolo e di qualsiasi natura, purché documentati
Tasso applicato	tasso fisso annuo: 3,75% tasso variabile annuo; spread pari al 3% sul tasso di riferimento (euribor 1-3-6 mesi)

Per informazioni
Dr. Giuseppe SALVAGGIO
giuseppe.salvaggio@sella.it

DISPORRE OGGI

PER NON IMPEGNARE I PROPRI CARI DOMANI

**CON "100 ANNI" DI GIUBILEO
OGGI È POSSIBILE PREDISPORRE E PAGARE
IN ANTICIPO, CON TRANQUILLITÀ,
LA CERIMONIA DESIDERATA
PER IL PROPRIO O ALTRUI COMMIATO,
IL TUTTO CON LA GARANZIA TOTALE
DI RISERVATEZZA E AFFIDABILITÀ
OFFERTA DA UN LEADER NEL SETTORE.**

GIUBILEO
RENDIAMO ONORE ALLA STORIA DI UNA VITA

011.8181
24 ORE SU 24
www.giubileo.com

efi Eccellenza Funeraria Italiana

100 ANNI
Cerimonie di commiato predisposte in vita

GIUBILEO S.r.l. - **TORINO** C.so Bramante 56 - C.so Bramante 58 (vicino P.zza Carducci) - C.so Tortona 8/d - C.so Unione Sovietica 545/c
C.so G. Sommeiller 20 - Via Cibrario 62/c - Via Caprera 29 - C.so Traiano 27/f - C.so Grosseto 216 - Via Barletta 35 - **RIVOLI** C.so Francia 180

NUOVA JEEP® COMPASS

QUALUNQUE SIA LA TUA DESTINAZIONE

VIENI A PROVARLA DA SPAZIO CON UN DRIVER DEDICATO.

- NAVIGATORE 8.4" CON ANDROID AUTO™ INTEGRATION
- RETROCAMERA
- SISTEMA ANTICOLLISIONE FRONTALE
- SISTEMA MANTENIMENTO CORSIA
- CLIMA AUTOMATICO
- CERCHI IN LEGA DA 17"

Per usare Android Auto™ è necessario un telefono Android™ versione 5.0 (Lollipop) o superiore e l'app Android Auto. Android e Android Auto sono un marchio registrato di Google LLC.

Immagine inserita a scopo illustrativo. **Jeep, è un marchio registrato di FCA US LLC.**

ANCHE SABATO E DOMENICA.

Gamma Compass: consumi ciclo combinato da 6,9 a 4,4 l/100Km. Emissioni CO_2 da 160 a 117 g/km.

Jeep®

SPAZIO

CONCESSIONARIA UFFICIALE JEEP

TORINO
Via Ala di Stura, 84 - Tel. 011 22 51 711
Corso Valdocco, 19 - Tel. 011 52 11 453

MONCALIERI
C.so Savona, 10 - Tel. 011 64 04 840

Seguici su: **www.jeep.spaziogroup.com**